PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

PARIS, 24 Juillet au 1[er] Août 1937

Premier Congrès International
de Psychiatrie Infantile
PARIS, 24 Juillet au 1er Août 1937

COMPTES RENDUS

PAR

Maurice LECONTE



S. I. L. I C.
Imprimerie, 41, Rue du Metz, LILLE
— 1937 —

PRÉLIMINAIRES

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE
PARIS

24 Juillet au 1er Août 1937

Sous le haut patronage

de Monsieur le Président de la République,
de Monsieur le Ministre de la Santé Publique,
de Monsieur le Ministre des Affaires Étrangères,
de Monsieur le Ministre de l'Éducation Nationale,
de Monsieur le Ministre de la Justice,
de Madame la Sous-Secrétaire d'État à la Protection de l'Enfance,
et de Madame la Sous-Secrétaire d'État à l'Éducation Nationale.

Sous les auspices du

Comité des Congrès de l'Exposition Internationale de Paris 1937.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

ALLEMAGNE : M. le Pr Weygandt, de Hambourg.
AUTRICHE : M. le Pr Hamburger de Vienne.
BELGIQUE : M. le Pr A. Ley, de Bruxelles.
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE M. le Dr Healy, de Boston.
FRANCE : M. le Pr Claude, de Paris.
GRANDE-BRETAGNE : M. le Dr Rees, de Londres.
HOLLANDE : M. le Pr K.-H. Bouman, d'Amsterdam.
ITALIE : M. le Pr Cerletti, de Rome.
SUISSE : M. le Pr Claparède, de Genève.
U. R. S. S. : M. le Pr V. Oseretzky, de Leningrad.

COMITÉ D'ORGANISATION :

Président : Dr G. Heuyer, Paris.
Vice-Président : Dr Brissot.
Secrétaire Général : Dr Léon Michaux, Paris.
Secrétaire Général Adjoint : Dr Maurice Leconte, Paris.
Secrétaire-adjointe : Mme S. Horinson, Paris.
Trésorier : Dr Grimbert, Paris.
Secrétaires des Sections : Psychiatrie générale : Mlle le Dr Badonnel, Paris.
2° Psychiatrie scolaire : Mme le Dr Bernard-Pichon, Paris.
3° Psychiatrie Juridique : Mme le Dr Roudinesco, Paris.

COMITÉ D'HONNEUR

ALLEMAGNE : Dr E. Benjamin, d'Ebenhausen bei München ; Pr Bonhoeffer, de Berlin ; Pr Bumke, de München Pr Gaupp, de Stuttgart-Degerloch ; Pr Gregor, de Karlsruhe ; Pr Ibrahim, d'Iéna ; Pr Isserlin, de München ; Pr Kramer, de Berlin ; Pr Kretschmer, de Marburg ; Pr Lange, de München ; Pr J. Lange, de Breslau ; Pr Peiper, de Barmen ; Dr Ploetz, de München ; Pr Pohlisch, de Bonn ; Dr Roemer, d'Illenau ; Pr Rüdin, de München ; Pr Schröder, de Leipzig ; Pr Rudolph Thiele, de Berlin ; Pr Tobben, de Munster ; Pr Villinger, de Bethel bei Bielenfeld.

AUTRICHE : Pr Berze, de Vienne ; Pr Charlotte Bühler, de Vienne ; Dr J. Friedjung, de Vienne ; Dr Th. Heller, de Vienne ; Pr H. Kogerer, de Vienne ; Pr Neurath, de Vienne ; Pr Ervin Stransky, de Vienne ; Pr Zappert, de Vienne.

BELGIQUE : Dr M. Alexander, de Bruxelles ; Dr Ludo Van Bogaert, d'Anvers Pr de Craene, de Bruxelles ; Pr Divry, de Liége ; Pr Fauville, de Louvain Pr Fransen, de Gand ; Pr d'Hollander, de Louvain ; Dr Jadot-Decroly' de Bruxelles ; Dr Leroy, de Liége ; Pr Nyssen, de Gand ; Pr René Sand, de Bruxelles ; Pr G. Vermeylen, de Bruxelles; Dr Verstraeten, de Melle-les-Gand.

BOLIVIE : M. le ministre de l'Instruction Publique (La Paz).

BRÉSIL : Pr A.-C. Pacheco e Silva, de Sao-Paulo ; Pr Plinio Olinto, de Rio-de-Janeiro ; Pr Roxa, de Rio-de-Janeiro.

CANADA : Dr G. de Bellefeuille, de Montréal ; Dr Desloges, de Montréal.

DANEMARK : Dr J.-C. Smith, de Copenhague.

ÉGYPTE : Dr Hassouna, le Caire.

ESPAGNE : Pr José Germain, de Madrid ; Pr Gonzalo Lafora, de Madrid ; Pr Mira, de Barcelone.

ESTHONIE : Pr Luus, de Tartu ; Puusepp, de Tartu.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : Dr Augusta Bronner, de Boston ; Dr Henry Elkind, de Boston ; Dr Feinberg, de Détroit ; Pr Arnold Gesell, de New-Haven ; Dr Humphreys, de Newark ; Pr Léo Kanner, de Baltimore ; Dr Lawson G. Lowrey, de New-York ; Pr Adolf Meyer, de Baltimore ; Pr Macfie Campbell, de Boston ; Dr Patry, de New-York ; Dr S. Plant, de Newark ; Dr Robinson, de Newark ; Dr Ruggles de Providence ; Dr Stevenson, de New-York ; Dr Trigant-Burrow, de New-York ; Dr Turner, de Cambridge.

FRANCE : Pr Abadie, de Bordeaux ; M. Andrieux, Directeur de l'Administration Pénitentiaire ; Dr Apert, de Paris ; Dr Babonneix, de Paris ; M. Baffos, Président du Tribunal des Mineurs, de Paris ; M. A. Boulard, Conseiller Municipal de Paris ; M. de Casabianca, de Paris ; Pr Caussade, de Nancy ; Dr R. Charpentier, de Neuilly-s-Seine ; Pr Combemale, de Lille ; Dr Courbon, de Paris ; Pr O. Crouzon, de Paris ; Pr Cruchet, de Bordeaux ; Pr Debré, de Paris ; Pr Georges Dumas, de Paris ; Pr Euzière, de Montpellier ; M. Gas, Directeur de l'Hygiène au Ministère de la Santé publique ; M. Grandjean, Directeur de l'Inspection Médicale des Écoles de la Seine ; Pr Guillain, de Paris ; Dr Hazeman, de Paris ; Pr Pierre Janet, de Paris ; Pr Lahy, de Paris ; Pr Laignel-Lavastine, de Paris ; M. Fernand Laurent, Président du Conseil Municipal de Paris ; Pr Laugier, de Paris ; Pr Lépine, de Lyon ; Pr Lereboullet, de Paris ; M. Leredu, de Paris ; Pr Lévy-Valensi, de Paris ; Dr Logre, de Paris ; M. Luc, Directeur de l'Enseignement Technique ; M. Maranne, Président du Conseil Général de la Seine ; M. Masbou, Directeur de l'Enseignement Primaire de la Seine ; Pr Meyerson, de Paris ; Pr Nobécourt, de Paris ; Dr Paul-Boncour, de Paris ; Pr Pfersdorff, de Strasbourg ; Dr Pichon, de Paris ; Pr Piéron, de Paris ; Pr Porot, d'Alger ; Pr Raviart, de Lille ; Pr Riser, de Toulouse ; Pr Roger, de Paris ; M. Rosset, Directeur de l'Enseignement primaire ; Dr Roubinovitch, de Paris ; Pr Roussy, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; M. Santelli, Directeur adjoint de l'Enseignement primaire de la Seine ; Dr Simon, de Paris ; Dr E. Stern, de Paris ; Dr Toulouse, de Paris ; M. Villey, Préfet de la Seine ; Dr Vullien, de Lille ; Dr Wahl, de Marseille ; Pr H. Wallon, de Paris.

FINLANDE : Dr T. Brander, d'Helsingfors.

GRANDE-BRETAGNE : Dr Burns, de Birmingham ; Dr Chrichton Miller, de Londres ; Dr Ralph Crowley, de Londres ; Dr Gillespie, de Londres ; Dr Mac Calman, de Londres ; Pr Mapother, de Londres ; Dr Emanuel Miller, de Londres ; Dr W. Moodie, de Londres.

GRÈCE : Dr P. Kouretas, d'Athènes ; Pr Lampadarios, d'Athènes.

GUATEMALA : M. le ministre de l'Éducation et de la Santé Publique.

HOLLANDE : Pr Carp, de Leiden ; Pr E. Gorter, de Leiden ; Pr C.-U. Ariens Kappers, d'Amsterdam ; Dr Meijers, d'Amsterdam ; Dr Postma, de Zeist ; Pr Rümke, d'Utrecht ; Pr Th. Rutten, de Nimègue ; Dr Van den Sterren, de Nimègue ; Pr Watering, d'Amsterdam ; Dr Westerman-Holstjin, d'Amsterdam.

HONGRIE : Pr Benedek, de Budapest ; Dr E. Hainiss, de Budapest ; Pr Miskolczy, de Szeged ; Pr Ranschburg, de Budapest ; Dr H. Varkonyi, de Szeged.

INDES : Lt-Colonel I. M. S. Owen Berkeley-Hill, de Ramchi-Bihar.

ITALIE : Pr Paolo Amaldi, de Firenze ; Pr Balduzzi, de Gênes ; Pr Boschi, de Ferraro ; Pr Ferrucio Banissoni, de Rome ; Pr Challiol, de Rome ; Pr Giuseppe Corberi, de Milan ; Pr Donaggio, de Bologne ; R. Agostino Gemelli, de Milan ; Dr Medea, de Milan ; Pr Carlo de Sanctis, de Rome ; Dr Corrado Tumiati, de Firenze ; Pr di Tullio, de Rome.

JAPON : Pr Miyake, de Tokio.

LETTONIE : Dr Lauva Elfrida, de Riga.

NORVÈGE : Dr Hans Evensen, de Vinderen.

NOUVELLE-ZÉLANDE : Pr Fraser, de Wellington ; Dr A.-R. Falconer, de Dunedin.

PALESTINE : Dr S. I. Krauss, de Jérusalem (Hebrew University).

PÉROU : M. le ministre de la Santé Publique, du Travail et de la Prévoyance sociale.

POLOGNE : Pr Sterling, de Varsovie.

PORTUGAL : Pr Victor Fontès, de Lisbonne ; Pr Egas Moniz, de Lisbonne.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE : M. le Doyen de la Faculté de Médecine de La Plata ; Pr José Belbey, de La Plata ; Dr Bermann, de Cordoba ; Pr Fernando Goritti, de Buenos-Ayres ; Pr Oswaldo Loudet, de La Plata ; Dr Ernesto Nelson, de Buenos-Ayres ; Pr Fernando Schweizer, de La Plata.

ROUMANIE : Pr Vladimir Ghidionescu, de Cluj ; Pr Jonesco-Sisesti, de Bucarest ; Pr Parhon, de Bucarest ; Pr Paulian, de Bucarest ; Pr Preda, de Sibiu ; Pr Stefanescu Coanga, de Cluj ; Pr Urechia, de Cluj.

SUÈDE : Dr Jacob Billstrom, de Stockholm ; Pr Torsten Ramer, de Stockholm ; Pr Sjögren, de Gottembourg ; Pr Arvis Wallgren, de Gottembourg ; Pr Wigert, de Stockholm ; Pr Wernstedt, de Stockholm.

SUISSE : Dr Bersot, Le Landeron ; Dr Forel, de Prangins ; Pr Glanzmann, de Berne ; Pr Maier, de Zurich ; Pr Naville, de Genève ; Dr Répond, de Monthey ; Dr M. Tramer, de Solothurn-Rosegg ; Pr Wintsch, de Lausanne.

TCHÉCOSLOVAQUIE : Pr K. Herfort, de Prague ; Pr Krivy, de Bratislava ; Pr Myslivecek, de Prague ; Dr Arnostka Ripkova, de Prague ; Pr Sebek, de Prague.

TURQUIE : Pr Fahreddin Kerim Gökay, d'Istamboul ; Pr Maghar Osman Uzman, d'Istamboul.

UNION DES RÉPUBLIQUES SOCIALISTES SOVIÉTIQUES : Pr Gourevitch, de Moscou ; Pr Guilgarovsky, de Moscou ; Pr Luria, de Moscou ; Pr Ivanov-Smolensky, de Leningrad.

URUGUAY : M. le ministre de la Santé Publique ; Pr Estapé, de Montevideo.

YOUGOSLAVIE : Pr Peritch, de Belgrade.

COMITÉ DE PROPAGANDE :

ALLEMAGNE : Dr Flemming, de Feiburg zur Schlesien ; Dr Paul Fornov, de Halle ; Dr Holm, de Hambourg ; Dr Krampf, de Hannover ; Dr Kurbitz, de Chemnitz-Altendorf ; Dr Kurt Isemann, de Nordhausen ; Dr Meltzer, de Grogshennersdorf uber Lobau ; Recteur Noll, de Wiesbaden ; Dr R. Ritter, de Tubingen ; Dr Paul Seelig, de Berlin.

AUTRICHE : Dr Frischauff, de Vienne ; Dr Carl Grosz, de Vienne ; Dr H. Ganner, d'Innsbruck ; Dr Wilhem Hoffer, de Vienne.

BELGIQUE : Dr Borremans, de Bruxelles ; Dr René Dellaert, d'Anvers ; Dr G Geerts, de Bruxelles ; Dr Hendrick, d'Ixelles ; Dr Hoedemakers, de Bruxelles ; Pr R. Nihard, de Liége ; Dr Eugénie Recht, de Saint-Servais-les-Namur ; Dr Ch. Rouvroy, de Louvain ; Dr G. Van Looy, de Bruxelles ; Dr Paul Vervaeck, de Bruxelles.

DANEMARK : Dr Sarah Kielberg, de Copenhague ; Dr O. Jacöbsen, de Copenhague ; Dr A. Schwalbehansen, de Copenhague.

ÉGYPTE : Dr Shahine, du Caire.

ESPAGNE : Dr C.-A. Figuerido, de Bilbao ; Dr Solis, de Madrid.

ESTHONIE : Dr Madisoon, de Tartu.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : Dr Forest N. Anderson, de Los Angelès ; Dr Lauretta Bender, de New-York ; Dr Edgar Doll, de New-York ; Dr Mary H. Layman, de San-Francisco ; Dr David M. Lévy, de New-York ; Dr F. Peterson, de New-York ; Dr Helen Thomson, de New-Haven ; Dr Ira S. Wile, de New-York ; Dr Ernest Wolf, de San-Francisco.

FRANCE : Dr Baille, de Paris ; Dr Baruk, de Paris ; Dr Henry Beaudoin, de Neuilly-sur-Marne ; Mme Bonhomme, Secrétaire de l'Inspection médicale des Écoles de la Seine ; Dr Bonnis, de Paris ; Dr Brousseau, de Paris ; Dr Desruelles, de Saint-Ylie ; Dr Ducoudray, d'Albi ; Dr Fay, de Paris ; Dr Georges d'Heucqueville, de Paris ; Dr Jacob, d'Yvetot ; Dr Jeudon, de Paris ; Dr Lacan, de Paris ; Dr Lagache, de Paris ; Dr Laforgue, de Paris ; Dr Le Guillant, de la Charité-sur-Loire ; Dr Lamache, de Rennes ; Dr Larrivé, de Lyon ; Dr Lauzier, de Clermont-sur-Oise ; Dr Masquin, d'Avignon ; Dr Mathis, de Strasbourg ; Dr Maire, de Paris ; Dr Paul Meignant, de Nancy ; Dr S. Morgenstern, de Paris ; Dr E. Minkowski, de Paris ; Dr Néron, de Berck ; Dr Péron, de Paris ; Dr Gilbert-Robin, de Paris ; Dr Stoeber, de Mulhouse ; Dr Schutzenberger, de Blois ; Dr Suzanne Serin, de Paris ; Dr A. Tournay, de Paris.

GRANDE-BRETAGNE : Dr Clifford Allen, de Londres ; Dr R.-F. Barbour, de Bristol ; Dr Mildred Creak, de Londres ; Dr A. Dingwall-Fordy, de Liverpool ; Dr Esher, de Blackburn ; Dr Fairburn, d'Edimbourg ; Dr Fisher, de Manchester ; Dr Edward Glover, de Londres ; Dr Noël Hardcastle, de Saint-Albans ; Dr Jones, de Londres ; Dr W.-J.-T. Kimber, de Saint-Albans ; Dr Margaret Lowenfeld, de Londres ; Dr Alan Maberly, de Londres ; Dr E. Paterson Bead, de Londres ; Dr Rodger, de Glasgow ; Dr Constance Simmins, de Londres.

GRÈCE : Dr Scouras, de Salonique.

HOLLANDE : Dr Bierens de Haan, d'Utrecht ; Dr Beyerman, d'Utrecht ; Dr René Dellaert, d'Amsterdam ; Dr A. Endtz, de Haag ; Dr F. Grewel, d'Amsterdam ; Dr A. Groeneveld, d'Amsterdam ; Dr Hamaker, d'Utrecht ; Dr Van der Heide, d'Amsterdam ; Dr Herderschée, d'Amsterdam ; Dr S. Van Mesdag, de Groningue ; Dr E.-J. Swaep, de Ginneken ; Dr Th. Van Schelven, de Haag ; Dr John Van der Spek, de Rotterdam ; Mme le Dr Tibout, d'Amsterdam ; Dr Valkema Blouw, d'Amsterdam ; Dr R. Vedder, d'Amsterdam ; Dr Van Voorthuysen, d'Utrecht ; Dr D. Wiersma, de Leiden.

HONGRIE : Dr Schnell Janos, de Budapest ; Dr Marguerite Hrabowsky-Revesz, de Budapest ; Dr Jules Zador, de Budapest.

ITALIE : Dr Lévy Bianchini, de Salerno.

NORVÈGE : Dr Gabriel Langfelt, de Slemdal.

POLOGNE : Dr Marie Grzegorzewska, de Varsovie.

ROUMANIE : Dr Kreindler, de Bucarest ; Dr M. Schachter, de Bucarest.

SUISSE : Dr H. Brantmay, de Genève ; Dr Braun, de Zurich ; Dr H. Christoffel, de Bâle ; Dr M.-H. Hanselmann, de Zurich ; Dr Lutz, de Zurich ; Dr Meng, de Bâle ; Dr Stirnimann, de Lucerne.

UNION DES RÉPUBLIQUES SOCIALISTES SOVIÉTIQUES : Dr A. Roubakine.

URUGUAY : Pr Luis Lombart, de Montevideo.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

Belgique : Pr d'HOLLANDER ; Dr ROUVROY ; Pr VERMEYLEN.

Italie : Pr Di TULLIO ; Pr CACCHIONE ; Dr CORBERI.

Monaco : M. Ch. BELLENDO di CASTRO, Conseiller à la Légation de Monaco.

Hollande : Pr K. H. BOUMAN.

Suisse : Dr TRAMER. Dr RÉPOND.

Brésil : Pr PACHECO e. SILVA ; Dr Helena ANTIPOFF.

République Argentine : Dr José BELBEY (de Buenos-Ayres) ; Pr Don José C. LASCANO (de Cordoba).

Norvège : Dr Hans EVENSEN (de Garestad).

Canada : Dr F. X. du PLESSIS.

Suède : M. le Dr TORSTEN Ramer (Stockholm) ; M. le Pr WIGERT (Stockholm).

Roumanie : Pr MARINESCO.

Luxembourg : Dr Ernest STUMPER.

Autriche : Pr Dr Heinrich KOGERER (Vienne).

Espagne : Dr Miguel PRADOS SUCH ; Dr José SOLIS SUAREZ.

France : Mme LAROCHE, Soc. Méd. Insp. des Écoles ; Dr COURBON, Soc. Médico-Psychologique.

Finlande : Dr Lauri SAARNIO, Médecin-Chef Asile d'aliénés, à Harjuvalha.

Turquie : Pr MAZHAR OSMAN, Médecin-Chef de l'Hôpital des maladies nerveuses de Bakerkeng à Istambul.

Etats-Unis : Assistant Surgeon General WALTER E. TREADWAY ; Dr Arthur RUGGLES, Superintendant of Butler Hospital. Providence R. I.

Gouvernement Britannique : Miss Ruth DARWIN ; Dr Kate FRASER.

Lancashire Mental Hospital Board : Miss COUNCILLOR KINGSMILL JONES

Chili : M. GARAFULIC Jean.

Allemagne : Pr RÜDIN : Chef de la Délégation ; Pr SCHROEDER (Leipzig) ; Pr KRETSCHMER (Marburg) ; Pr POHLISH (Bonn) ; Pr PEIPER (Wuppertal-Barmen) ; Pr IBRAHIM (Iéna) ; Pr BURGER-PRINZ (Hambourg) ; Pr THIELE (Berlin) ; Pr TOBBEN (Munster) ; Pr SCHMITZ (Bonn) ; Pr DUBITSCHER (Berlin) ; Pr HAHN.

Egypte : Dr AFFIZ, Afiti Pacha (Ambassadeur d'Égypte en Angleterre).

Lithuanie : Juozas BLAZYS (Kaunas).

Mexique : Dr Alfonso MILLAN.

PRÉSIDENTS DE SÉANCES

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

Le Professeur P. SCHROEDER (de Leipzig) ;
Le Professeur HAMBURGER (de Vienne) ;
Le Professeur WEYGANDT (de Hambourg) ;
Le Docteur RUGGLES (de Providence) ;
Miss Ruth DARWIN (Grande-Bretagne) ;
Le Professeur LEY (de Bruxelles) ;
Le Docteur RÉPOND (de Monthey-Malévoz) ;
Le Professeur WIGERT (de Stockholm) ;
Le Professeur MARINESCO (de Bucarest) ;
Le Docteur HANS EVENSEN (de Garestad) ;
Le Docteur PRADOS SUCH (de Valence) ;
Le Docteur ANTONOFF (de Sofia) ;
Le Professeur DI TULLIO (de Rome) ;
Le Professeur PAUL VERVAECK (de Bruxelles).

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

Le 26 juillet : Mlle le Dr BADONNEL, Psychiatrie générale.
Le 27 juillet : Mme le Dr BERNARD-PICHON, Psychiatrie scolaire.
Le 28 juillet : Mme le Dr ROUDINESCO, Psychiatrie juridique.

LISTE

des membres adhérents, des membres associés et des Établissements Hospitaliers inscrits au Premier Congrès international de Psychiatrie infantile

MEMBRES ADHÉRENTS

Pr ABADIE, Jean, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.
Mlle ADDIS Robina, S. 3, Adam Street, London W. I.
Mlle AGHION, Germaine, 100, rue de Javel, Paris, 15ᵉ.
Dr ALLAMAGNY, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (S.-O.).
Dr ANDERSON, V. V., Staatburg, New-York (U.S.A.).
Mme ANTIPOFF, Hélène, dir. du laboratoire de Psychologie à l'École de perfectionnement (Brésil), 85, boulevard de Port-Royal, Paris, 13ᵉ.
Dr ANTONOW, Irvan, Sofia (Bulgarie).
Dr ASERVI, M. Carlos, av. Areguipa 1421, Lima (Pérou).
Dr BABONNEIX, Léon, 50, avenue de Saxe, Paris, 15ᵉ.
Dr BADONNEL, Marguerite, 6, rue Wurtz, Paris, 13ᵉ.
Dr BAILLE, Aubin, 10, rue de Brazza, Puteaux (Seine).
Pr BALLIF, Léon, Professeur de Psychiatrie et Neurologie, à Jassy (Roumanie).
Dr BARUK, H., Maison nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).
Dr BAUMANN, C., Stadionweg, 86, Amsterdam, Hollande.
M. BEASLEY, Henry, Eric, Middlesex Colony, Harper Lane Near Stalbans, Hertforshire (England).
Dr BEAUDOUIN, Henri, Médecin Chef à l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne, Seine.
Dr BEERS, Clifford W. Secretary general, International Committee for Mental Hygiene, 50, West 50 Street, New-York City.
Pr BELBEY, José, Callao 232, Buenos-Aires, République Argentine.
Dr BERNARD-PICHON, 3, avenue Émile-Deschanel, Paris, 7ᵉ.
Mme BERNHEIM-HAUSSER, Colette, 8, square de Port-Royal, Paris, 13ᵉ.
Dr BERSOT, Henri, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).
Dr BLINOV, Anatole, Hôpital Socola, Jassy (Roumanie).
Pr Van BOGAERT, Ludo, 22, rue d'Aremberg, Anvers.
Dr BONNAFOUS-SERIEUX, Hélène, 131, boulevard Brune, Paris, 14ᵉ.
Dr BONNIS, Lucie, 19, rue du Pot-de-Fer, Paris, 5ᵉ.
Dr BOUGAREL, Lucile, 3, Villa Palmyre, Colombes-les-Vallées (Seine).

Pr BOUMAN, K. Herman, 24, Jan Luykenstraat, Amsterdam.
Dr BOURRAT, Louis, 39, Cours Gambetta, Lyon, 3e.
Dr BRANTMAY, Henry, 15, rue de l'Athénée, Genève.
Dr BRISSOT, asile de Perray-Vaucluse (S.-O.).
Dr BROUSSEAU A., 109, avenue Henri-Martin, Paris.
Pr BUEHLER, Charlotte, Wien XIX, Weimarerstrasse 100.
Mlle BUGNION, Bienvenue, 4, rue Duvivier, Paris, 7e.
Dr BURGER-PRINZ, Hans, Mittelweg 150, Hambourg.
M. BURKE, Noël, H. M. Monks Neapon, St-Albans Herts.
Dr BURNS, Charles, 4, Kendal Drive Barnt Green, Birmingham.
Dr CACCHIONE Aldo, Roma, Viale XXI Aprile 61.
Dr CAMUS, Paul, 55, quai Bourbon, Paris, 4e.
Mme CARITE, Maurice, 5, rue Croix-Richard, Livry-Gargan (S.-O.).
Dr CARTER, Jerry W. Psychological Clinic, Riley Hospital Indianapolis, Ind. U.S.A.
Dr CASALIS, 40, rue Horace-Vernet, Le Vésinet (S.-O.).
Dr CARAVEDO, Baltazar, Apartado 522, Lima, Pérou.
Dr CASALIS, Annette, 4, Cours J.-B. Langlet, Reims, Marne.
Dr CALLEWAERT, Marie-Thérèse, 36, rue de l'Aqueduc, Bruxelles.
Pr CAUSSADE, Louis, 27, rue Victor-Hugo, Nancy.
Dr CEILLIER, 20, quai de Béthune, Paris.
Mlle CHABAS, Odette, 95, rue de la Jarry, Vincennes, Seine.
Dr CHABERT, André, 83, rue Lafayette, Marseille.
Dr de CHABERT, Jean, Château des Coudraies, Etiolles, par Soisy-sur-Seine (S.-et-M.).
Mme CHAMBET, Marguerite, 16, rue Ernest-Renan, Paris, 15e.
Dr CHARPENTIER, René, 119, rue Péronet, Neuilly (Seine).
Dr CHATELIN, Philippe, Édouard, 46, boulevard Lundy, Reims, Marne.
M. CHORUS, A.M.J.
Dr CIOCALTEU, Stefan, 126, rue Stirbeivoda, Bucarest, Roumanie.
Dr CLARKSON, Robert, Durward, Little Cambus Donne. Derthshire, Écosse.
Dr CLERC, Pierre, Médecin de l'Asile St-Robert, par St-Egrève, Isère.
Pr de CRAENE, Ernest, 48, rue du Lac, Bruxelles, Belgique.
Mme CREAK, Eleanor Mildred, 56, Wimpole Street, London, W. I.
Mme COIRAULT, Alice, 72, boulevard de Port-Royal, Paris, 5e.
Dr COLLET, Pierre, 109, avenue Gribaumont, Bruxelles.
Pr COMBEMALE, Pierre,-route d'Ypres, à Bailleul, Nord.
Dr Dan CONSTANTINESCU, 1, avenue d'Orléans, Paris, 14e.
Dr CORBERI, Giuseppe, l. docente di Psicologie sperimentale, Via Quadromo, 46, Milano, Italie.
Mme COURTHIAL, Andrée, Caisse de Compensation de la Région parisienne, 10, rue Viala, Paris, 15e.
Dr COX, Alice, M.D. Psychiatrist to the Devon Country Medical Department, Londres.
Dr CREMIEUX, Albert, 255, rue Paradis, Marseille (B.-du-R.).
Pr CROUZON, Octave, 70 bis, avenue d'Iéna, Paris, 16e.
Dr DABROWSKI, Casimir, Varsovie, Pologne.
Mlle DARWIN, Ruth, Metropole Buildings Northumberland, avenue Londres W.C.2.
Pr DELFINO, Victor, 73, rue Laguna, Buenos-Aires, Argentine.
Dr DELLAERT, René, 52, avenue d'Italie, Anvers, Belgique.
Dr DELMAS, Achille, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine.

Dr DESORHEAUX, Marie-Antoinette, 59, rue Libergier, Reims, Marne.
Dr DESPERT, Louise, 235 East 22nd Street. New-York-City U.S.A.
Dr DESRUELLES, Maurice, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, par Dôle, Jura.
Mlle DEVIES, Madeleine, 21, rue Jacob, Paris, 6e.
Dr DIDE, Maurice, 11, rue Raymond Leygues, Toulouse.
Mlle DREYFUS, Thérèse, 3, rue de la Muette, Paris, 16e.
Dr DUBITSCHER, Weddingenweg 61, Berlin Lichterfelde-West.
Dr DUBLINEAU, médecin chef de l'asile d'Armentières, Nord.
Dr DUBOS, Paul, 189, rue de Javel, Paris, 15e.
Mlle DUBRAY, Lucienne, 122, rue Lafayette, Paris, 10e.
Dr DUCHENE, Henri, 26, rue de Lubeck, Paris, 16e.
Dr DUDSON, Maurice, 10, Great George St-London S.W.I. ; England.
Dr DUFLO, Jacques, 9, rue Gambetta, Sanvic (Seine-Inf.).
Pr DONAGGIO Arturo, Université de Bologne, Italie.
Dr EARL, Charles, Javies Cecil ; Caterham Mental Hospital, Surrey, England.
Pr ELLET MORRISON de BERRY, Université of Minnesota, Minneapolis, Minn. U.S.A.
Mrs ELVIN, Mona, 59, Bateman Street, Camb.idge, England.
Dr ENDTZ, Adrien, Geneesheer and Ramaerklinier, Den Haag (Loosduine).
Dr ESHER, Frederik R. Swinton, 9, Grange Crescent-Sharrow Sheffield (England).
M. Van ETTEN, Henry, de la Ligue pour l'enfance coupable, 12, rue Guy-de-la-Brosse, Paris, 5e.
Dr EVENSEN, Hans, 4, rue Alfred-Roll, Paris, 17e.
Mme FAURAN, 188, avenue Victor-Hugo, Paris.
Pr FAUVILLE, Arthur, 37, avenue Van den Bempt, Heverle-Louvain, Belgique.
Mlle FELHORSKA, Félicie, Koszykowa, 49-8, Varsovie, Pologne.
Dr FEYEUX, André, 40, rue Victor-Hugo, Lyon.
Dr FILASSIER, Alfred, 10, quai Galliéni, Suresnes, Seine.
Dr FISH, James, 51, Saunders Road, Blackburn, England.
Mme FISCHGOLD, Frida, 5, place de Rennes, Paris, 6e.
Pr FONTES, Victor, Faculté de Médecine, Lisbonne.
Dr FORTANIER, A.H., Université de Leyde.
Dr FORTINEAU, J., 7, rue de Valence, Paris, 5e.
Mlle FOSTER, Grace Ruth, State Hospital, Augusta, Maine. U.S.A.
Miss FOX, Evelyn. Central Association for Mental Welfare, 24, Buckingham Palace Road, London S.W.I.
Dr FRASER, Kate.
Dr FRIEDJUNG, Joseph, Ch. I, Ebendorferstr. 6. Vienne, Autriche.
Mlle GANDER, Jeanne, 38, rue Wimpfeling, Strasbourg.
Dr GARAFULIC, Dubrav. Jean, Bandera 140 F. Santiago, Chili.
Dr GAREISO, Aquiles, Paraguay 1583, Buenos-Aires, Rép. Argentine.
Dr GEERTS, Jean, 69, chaussée de Gand, Bruxelles, Belgique.
Fr GEMELLI, Agostino, O.F.M. Professore Ordinario di Psicologis sperimentale nella Università di Milano, Piazza S. Ambrogio 9, Milano.
Dr GERARDIN, François, Charles, Marius, 28, rue de Charenton, Paris, 12e.
Dr GESELL, Arnold, 185, Edwards St., New Haven, Connecticut U.S.A.
Pr GLUECK, Sheldon, Cambridge, U.S.A.
Dr GORRITI, Fernando, Calle Bulnes 945, Buenos-Aires, Rép. Argentine.
M. GRESLE, Gabriel, 11, rue des Cemonceaux, Le Perreux, Seine.

Dr GREWEL, Frits, Polyclinique psychiatrique de l'Université, Willemsparkweg, 44, Amsterdam, Hollande.
Dr GRIMBERT, Charles, 11, rue Duroc, Paris, 7e.
Dr GROENEVELD, Arnold, 48, Jan Loykenstraat, Amsterdam.
Dr GROSSMANN, Stefaniya, Bijenicka, 56, Zagreb, Yougoslavie.
Pr GUILLAIN, Georges, 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris.
M. GUILMAIN, Édouard, 3, rue Pierre Budin, Paris, 18e.
Miss GURNEY, Margaret, Elisabeth, 30, St-Charles Square, London W. 10.
Dr HACKFIELD, Arnold, William, 343 Stimson Bldg., Seattle, Washington U.S.A.
Dr HAHN, Rudolf, Professor à l'Université de Francfort-sur-le-Mein, Francfort Niddastr. 16. Allemagne.
Pr HAMBURGER, Franz, Professor Director des Kinderklinik Wien III, Alserstrasse, 45.
Dr HAMMEL, André, Henri, Louis, Directeur de la Maison de repos de Saint-Jean-aux-Bois (Oise).
Mrs HARDCASTLE, Dorothy, Hilda, 2, Lyndhurst Road, London N.W.3.
Dr HARDCASTLE, Douglas, Noel, 2, Lyndhurst Road, Londres N.W.3.
Dr HASSOUNA Bey, Amin Sami, Directeur de l'Institut d'Éducation « El Orman », Giza (Égypte).
Dr HEALY, William, Director Judge Baker Guidance Center Hôtel Pont Royal.
Dr HEINZE, Hans, Director der Brandenburgischen Landesanstalt Posdam.
Mme HELLMANN, Ilse, Assistante à l'Institut de Psychologie infantile de Vienne (Autriche), Vienne IX.
Mlle HEURTEL, Yv., 31, rue d'Alésia, Paris.
Dr HEUYER, Georges, 1, avenue Émile-Deschanel, Paris.
M. HODGTIMSON, Loma M., Arundel Hôtel, Arundel St. Strand, London.
Mme BODSON, 115, Gower Street, Londres.
Dr HOFFER, Henriette, 53, rue du Rocher, Paris.
Dr HOFMANN, « Les Rayons », Gland (Vaud) Suisse.
Mme HORINSON, Sophie, 379, rue de Vaugirard, Paris, 15e.
Dr HRABOVSKY-RENESZ, Marguerite, Budapest Iugliget, Remde ut 18 Hongrie.
Dr HUBER, Médecin des hôpitaux, 36, rue du Colisée, Paris.
Dr HULL Eric Randal, Whalley, near Blackburn, England.
Dr Hunter, Constance, St-Catherine, Linlithgow (Sedtland).
Pr IBRAHIM Youssouf, Université de Iéna.
Dr ILG Frances, Ehrensvordsgatan 2IV, Stockholm, Suède.
Dr ISCHLONDSKY, N.E., 25, rue Raynouard, Paris, 16e.
Mlle ISRAELITE, Judith, 228 E. 57th. New-York, N.Y., U.S.A.
Dr JACOBI, Elisa, René, Colonie de Gheel, Province d'Anvers, Belgique.
Pr JACOBOWSKY, Bernard, J. Upsala, Suède.
Dr JADOT-DECROLY, Jeanne, médecin-chef de l'Institut Decroly, 2, Vossegat, Uccle, Belgique.
Mlle JASNORZEWSKA J. u! Przejazd, 6, Varsovie, Pologne.
Dr JEUDON, Robert, 23, rue Friant, Paris, 14e.
Mme JOLAS, Eugène, 60, rue Borghèse, Neuilly-sur-Seine.
Mme JONES, Mary Kingsmill, Councillor.
M. KRAUSS, Stephen, The Hebrew University, Jérusalem.
Dr KEITRE, Waldeck, Baden.
Mrs KELLY, Miriam, 72, Gower Street, London, W.C.I.

Dr KENNEDY, Alexander, 124, Wickham Avenue, Cheam, Surrey, Angleterre.
Dr KIELBERG, Sarah, Raadmandsgade 50², Copenhague, Danemark.
Mlle KISSEL, 120, boulevard Raspail, Paris, 6e.
Dr KNOOS, Nisl Helge, Lillhagens sjukhus, Lillhagen, Suède.
Dr KOPP, Hélène, 23, avenue Émile-Deschanel, Paris, 7e.
Mme KORYSOWSKA, Maria, Krasinskiego 8/7, Varsovie.
Mlle KOVARSKY, Véra, 67, avenue de Lodève, Montpellier, Hérault.
Dr KRAMPF, Graswege, 7, Hannover.
Dr KREINDLER, Arthur, Str. Pitagora, 28, Bucarest, Roumanie.
Pr KRETSCHMER, Ernst, Marburg (Allemagne).
Dr KRIVOHLAVY, Antonin, Praha-Dejvice, Svatovitska, 22.
Dr LAMBERCIER, Marc R., Genève St-Jean, 61.
Mlle LAMBERT, Jacqueline, 55, avenue Marceau, Paris, 16e.
Dr LAROCHE, René, 5, rue Gustave-Lebon, Paris, 14e.
Dr LARRIVÉ, Édouard, 192 bis, route de Vienne, Lyon.
M. LAHY, Jean, 22, avenue de l'Observatoire, Paris, 14e.
Mme LAUVA, Elfrida, 13, Janvara iela 17, Riga, Lettonie.
Dr LECONTE, Maurice, 6, rue Georges de Porto-Riche, Paris, 14e.
Dr LECONTE-LOSSIGNOL, Suzanne, 6, rue Georges de Porto-Riche, Paris, 14e.
Dr LECLERC, Jeanne, 61, rue de Rivoli, Paris.
Dr LE GUILLANT, Louis, Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire.
Mme LEKKERKERKER, Eugenia, Cornelia, Koninginneweg, 65, Haarlem, Hollande.
Dr LEROY, Alphonse, 18, rue Beeckman, Liége, Belgique.
Dr LESUEUR, Marie-Thérèse, 6, rue Greffulhe, Paris, 8e.
Dr LEULIER, Villa des Pages, 40, rue Horace Vernet, Le Vésinet (S.-O.).
Mlle LEURET, Simonne, 38, rue Lacépède, Paris, 5e.
Dr LEVI, Luisa, Via Bezzena, 11, Torino, Italie.
Dr LEVY, D.M. 136, E. 57th St. New-York City.
Dr LEVY-VALENSI, J. 48, avenue Victor-Hugo, Paris, 16e.
Pr LEY, Auguste, 200, avenue du Prince d'Orange, Bruxelles-Uccle, 3.
Dr LION, Robert, 16, rue de Staël, Paris, 15e.
Dr LIPETZ, Basilia, 38, Willett st. St-Albany, N.-Y.
Dr LOWENFELD, Margaret, 1, Weymouth House, 94 Hallam Street Londres, W. I.
Dr LOWY, Else, Prague 15 Na Morani (Tchécoslovaquie).
Dr LUTZ, Meta, Lenggstr. 31, Zurich 8. Suisse.
Dr MACDONALD, William, George, 31, Queen Anne St. London, W. I.
Dr MACÉ DE LEPINAY, 112, avenue de Versailles, Paris, 16e.
Pr MAIER, Hans, médecin chef de Burghoelzli, Zurich, Suisse.
Dr MAIRE-DELCUSY, 13, square Vergennes, Paris, 15e.
Dr MALE, Pierre, 11, rue de Navarre, Paris, 5e.
Dr MARCELOT-SIGUIER, Irène, 11, rue de Mazagran, Paris, 10e.
Dr MARCUS, Simone, 8, square Gabriel-Fauré, Paris, 17e.
Pr MARINESCO, Georges, Str. Saloülor 27, Bucarest, Roumanie.
Dr MARTI IBANEZ, Félix, Directeur général de la Santé et de l'assistance sociale de Catalogne, Barcelone.
Dr MASQUIN, Pierre, 10, rue d'Annabella, Avignon.
Dr MASSON, Agnès, 10, rue Pierre-Curie, Limoges (Hte-Vienne).
Mme MATHA, Louise, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris, 6e.
Dr MATHIS, Marcel, 59, rue du Général-Conrad, Strasbourg (Bas-Rhin).
Pr MAZHAR Osman Uzman, Istanbul.

Dr MEIGNANT, Paul, 8, rue Saint-Lambert, Nancy (M.-et-M.).

Dr MEIER, Orhel, avenue du Léman, 14, Lausanne (Suisse).

M. MENESSIER, Paul, 84, avenue Marceau, Courbevoie, Seine.

M. MERRY, Émile, Villemeux (Eure-et-Loir).

Dr MYERS, Fs., Stadionkude, 11, Amsterdam.

Dr MEYKNECHT, A.P.J., Sophiaweg, 123, Nymegen.

Dr MICHAUX, Léon (M.H.), 74, boulevard Raspail, Paris, 6e.

Dr MILES, Walter, R., Yale University New Haven Connecticut, U.S.A.

Dr MILLER, Emmanuel, 23, Park Crescent, Londres W. I.

Dr MILLAN, Alfonso, directeur de l'asile d'aliénés de Mexico, P. Reforma 9, Mexico-City.

Dr MINKOWSKI, Eugène, 132, boulevard Montparnasse, Paris, 14e.

Dr de MIRANDA, Henrique, 44, rue du Général-Galliéni, Viroflay (S.-et-O.).

Mlle MONCHAMPS, Eugénie, Rixensart, Belgique.

Mlle MONTAGNON, Juliette, 68, rue Dutot, Paris, 15e.

M. MORGAUT, Marc, Edmond, 11, rue de la Bretonnerie, Orléans, Loiret.

Dr MORGENSTERN, Sophie, 4, rue de la Cure, Paris, 16e.

Pr de MOURA, Elysio, Université de Coimbra (Portugal).

M. MULLINQ, J.P., 160 Moorland Rd. London ?

Dr NÉRON, Guy, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique de Berck-Plage (P.-de-C.).

Pr NIHARD, René, quai Mativa, 13, Liége, Belgique.

Dr NORBERT, Institut psychotechnique de Vienne (Autriche).

Dr NORVIG, Johannes, Ebberdgaard pr. Birkerd, Danmark.

Dr NOVAT, Maurice, 33, rue de l'Obélisque, Chalon-sur-Saône (S.-et-L.).

Dr NOYER, Henri, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, Mont-de-Marsan, Landes.

Pr NYSSEN, René, Université de Gand, 224, rue Lozana, Anvers, Belgique.

Dr O'BRIEN, Daniel, P. Fondation Rockfeller, 20, rue de la Baume, Paris 8e.

Dr OLIVIER, Maurice, Directeur-médecin de la Maison de Santé de Blois.

Dr PACHECO e SILVA, Antonio, Carlos, 302, rue Sergipe, Sao-Paulo, Brésil.

Dr de PARREL G., 78, boulevard Malesherbes, Paris.

Pr PAUL-BONCOUR, Georges, professeur à l'École d'Anthropologie, 164, rue du faubourg Saint-Honoré, Paris, 8e.

M. PELISSIER, Léon, 95, rue Pierre-Loti, Rochefort-sur-Mer (Charente-Inf.).

Dr PHELIZOT, Germaine, 8, boulevard Carnot, Belfort.

Dr PICHON, Mlle, 53, rue d'Anjou, Paris.

Dr PICHON, Édouard (M.H.), 48, avenue de la Bourdonnais, Paris, 7e.

Pr PIÉRON, Henri, Collège de France, place Marcellin-Berthelot, Paris.

Dr PISANI, Domenico, Via Cesare Battisti, 155, Messina, Italie.

Pr POHLINS, Landes Serlandall, Bonn (Allemagne).

Dr POLINOW, Hans, 43, rue Gazan, Paris, 14e.

Dr POREZ, Émile, 68, rue Brûle-Maison, Lille.

Dr POSTMA, H., Prins Hendriklaan, 2, Zeist (Pays-Bas).

Dr PRADOS y SUCH, Miguel, de l'Institut Cajal, Madrid.

Dr PRÉAUT, Robert, Longueil-Annel (Oise).

Dr PREDA, Victor, Hôpital des maladies mentales, 4, rue Altemberger, Sibiu, Roumanie.

M. QUERTANT, Georges, rue du Sergent-Bobillot, Cannes (A.-M.).

Mlle QUINCENET, Huguette, 13, quai George-V, Le Havre.

Miss RABINOVITZ (Goldie), Bureau of child Guidance, 16th Avenue et 5, 7 Street, Brooklyn, U.S.A.

Dr RALLU, Georges, 26, rue Montcalm, Paris, 18e.

Mlle RAMBERT, Madeleine, 9, chemin des Sorbiers, Chailly-sur-Lausanne, Suisse.

Dr RAMER, Torsten, N. Mälarstrand, 28, Stockholm, Suède.

Dr RAPPOPORT, Fanny, 39, boulevard de Port-Royal, Paris, 13e.

Pr RAVIART, 91, rue Esquermes, Lille.

Dr REES, John, Rawlings, 37, Wimpole St. Londres.

Dr REPOND, André, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, à Monthey-Valais, Suisse.

Dr RICH, Gilbert, J. 515, Public Safety Bldg. Milwaukee, Wis U.S.A.

Dr RIETI, Ettore, Via Fiasella, 7-3, Gênes, Italie.

Dr RIPKOVA, Arnostka, Praha XII, Londynska ul 57, Tchécoslovaquie.

Dr ROBIN, Gilbert, 15, quai Voltaire, Paris, 7e.

Pr ROGER, Henri, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (B.-du-R.).

Dr ROGIER, Henriette, 46, rue de Clichy, Paris.

Mlle ROSBERY, Hélène, 30, rue de Montpensier, Paris, 1er.

Dr ROUART, S., 6, rue Lauriston, Paris, 16e.

Dr ROUDINESCO, Jenny, 40, rue François-Ier, Paris, 8e.

Dr ROUVROY, Charles, 22, rue de la Station, Lovenjoul-lès-Louvain, Belg.

Pr ROXO, Henrique, 296, Avenida Pasteur, Rio-de-Janeiro, Brésil.

Dr ROZENBLUM, rue Putawska, No 3, Varsovie, Pologne.

Pr RUDIN, Traepelinstrasse 2. Munich N 23.

Dr RUBÉNOVITCH, Pierre, 15, rue Saint-Simon, Paris, 7e.

Dr RUGGLES, Arthur, H. Butler Hospital Providence R.D. (U.S.A.).

M. BUIJSCH van DUGTEREN, Jan, Hendrik, Wielingentraat 44II, Amsterdam (Zuid), Hollande.

Dr SAARNIO, Lauri, Harjavatta, Finlande.

Dr LORAND, Sandor, 115 East, 86 Str. New-York-City.

Dr SANO, Fritz, rue du Pas, 59, Gheel, Belgique.

Dr SAULLIÈRE, Roger, 61, rue La Fontaine, Paris, 16e.

Dr SCHACKWITZ, Alex., Flotowstrasse 6III, Berlin Nw. 87.

Dr SCHAHINE, Hôtel Madison, 143, boulevard Saint-Germain, Paris.

M. SCHMITZ Hand, Aloÿs, Bonn, Viölnstrasse 208.

Pr SCHROEDER, Paul, Universitats Nerven Klinik Kaiser-Maximilian-Str. 21, Leipzig.

Dr SCHUTZENBERGER, Pierre, 34, avenue du Maréchal-Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).

Dr SCOTT (William Clifford Munrog), Cassel Hospital Penshurst-Kent, England.

Mlle SCROGGIE, Bernice, 1065e Prospect Seattle, Washington, U.S.A.

Pr SEBEK, Jean, 2, Vilimovska, Prague XII, Tchécoslovaquie.

Dr SEGERS, Clément, 4, rue de l'Église, Lokeren, Belgique.

Dr STELLING Lowell Sinn, Psychopatic Clinic, 330 Recorder's Court Detroit, Michigan, U.S.A.

Dr SIGWART, Frank, Freudenbergstrasse 16, Zurich, 7, Suisse.

Mme SKARD, Ase Gruda, Institut de Psychologie, Université d'Oslo.

Dr SOLIS-SUAREZ, José, Residencia de anormales, Villapoyoi. Alicante.

Dr SPEKTOR, X., Czcerwona, 3, Lodz, Pologne.

Mme SPITZER, Olga, 19, rue du Pot-de-Fer, Paris.

Pr STEFANESCU-GOANGA, Florian, Cluj. 11 Str. Regala, Roumanie.

Dr STOKVIS, Berthold, Sarphatipark 113, Amsterdam Z. Hollande.

Dr STRAUSS, Alfred, Ascona, Casa Bellaria, Tessin, Suisse.

Dr STOEBER, Robert, 5, rue Saint-Jean, Mulhouse (Haut-Rhin).

Dr STUMPER, Ernest, médecin chef de la Maison de Santé à Ettelbruck, Luxembourg.
Dr SZYCHTE, R., 55, rue des Échevins, Bruxelles-Ixelles.
Mlle TAMINE, Madeleine, Bierbais, par Mont-St-Guibert, Belgique.
Dr TESSING-ERICSSON, Greta. Lillhagens sjukhus. Gothembourg, Suède.
Dr THJELE, Rudolph, Herzbergstr. 75, Berlin-Lichtenberg.
Mme THOMPSON, Hélène, The clinic of Child Development Yale University New-Haven, Conn. U.S.A.
M. THOMAS, H. Stephens, Wales, Angleterre.
Dr THROŠKY, Raymond, 42, rue de la Duché, Cherbourg, Manche.
Dr TIBOUT, Nelly, H.C. Prinsengracht 717, Amsterdam.
Pr TÖBBEN, Heinv. Munster.
Dr TOURNAY, Auguste, 58, rue de Vaugirard, Paris, 6e.
Mlle TRAILL (Pylis, Maud) 62, Marchmont Street, London, W.C.I.
Mlle STEWART, Francis id.
Pr TRAMER, Maurice, Soleure, Rosegg, Suisse.
Dr TRIQUENEAUX, 21, rue de France, Avesnes, Nord.
Pr di TULLIO, Piazza Cavour 25, Rome.
Pr VARKONYI, Désiré, Hildebrand, Université de Szeged, Hongrie.
Dr VEDDER, Reinier, 21, Botticelli straat, Amsterdam Z. Hollande.
Pr VERMÈYLEN, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles, Belgique.
Dr VERSTRAETEN, Paul, 68, rue de Caritas, Melle, Belgique.
Pr VERVAECK, Paul, 35, rue Verhulst, Uccle-Bruxelles, Belgique.
Mlle VIDAL, Marie-Antoinette, Dispensaire d'hygiène de Charleville, Ardennes.
Mlle VIDARD, Jeanne, 26, rue Molitor, Paris, 16e.
Dr VILDÉ, Janis, Université de Riga, Lettonie.
Dr VIVES, Salvador, Conseilleria de Sanitat-Salo Fermi Galan Barcelona.
Mme VOGT-POPP, Claire, 78, avenue de Villiers, Paris, 17e.
M. VOIGT, Charles, 4, rue de l'Oratoire, Paris.
Dr VULLIEN, Robert, 93, rue d'Esquermes, Lille, Nord.
Dr WAHL, Maurice, 21, rue Thiers, Ste-Anne, Marseille (B.-du-R.).
Dr WAHL-BERNARD, Suzanne, 3, rue Marbeau, Paris, 16e.
Pr WALLON, H., rue de la Tour, Paris, 16e.
Dr WEBER, Richard, Jennerspital, Berne, Suisse.
Dr WEIGL, Egon, Str. Jonescu Gion 5, Bucaresti 4.
Dr WEILL-HALLÉ, 49, avenue Malakoff, Paris.
Pr WERNSTEDT, Wilhelm, Linnégatan 28-30, Stockholm, Suède.
Dr WESTERMAN HOLSTIJN, A.J. Albrecht Dürerstraat 10, Amsterdam.
Pr WEYGANDT, Hambourg.
Pr WIGERT, Victor, Hôpital psychiatrique, Stockholm.
Mme WILLIAMS, Phyllis, Childrens Hospital Buffalo 219, Bryant St. New-York.
Dr WINTSCH, Jean, Florimont 7, Lausanne, Suisse.
Dr ZUCMAN, Charlotte, 177, avenue de Paris, Gennevilliers, Seine.

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme ALLAMAGNY, R.
Dr ATPERGER, Hand.
Mme ATPERGER.
Mme BEASLEY, Henry.
Mme de BELBEY, Anita P.
Mme BOROWICZOWA, Jadwiga.
Mme BOUMAN, G.W.
Dr BOURGUIN, F.
Mme BRANTMAY, Henry.
M. BRIDENNE, Jean.
Mme BRISSOT.
Mme BURCKE.
M. BURNS.
Mme CANIVET, Nella.
Mme CLARKSON, R.D.
Mme COOK, Esther.
Mme DESRUELLES.
Mme DUBOS.
Mme DUBRAY, Lucienne.
Mme ENDTZ, A. Grisay.
Mme ESHER.
Mme FAURAN.
M. FISH, James.
M. FERGUSSON FORSTER, Councillor.
Mme FONTES, Maria.
Mlle GAIN.
Mme GARDNER, Margaret.
Mme GÉRARDIN.
Mme GUICHARD, Jean.
Mme HACKFIELD, Margareth.
M. HARDCASTLE.
Mme HEALY, A. Bronner.
Mme HELLMANN, Ilse.
Mme HUBERT, Jeanne.
Mlle HUREL, Suzanne.
Mme IBRAHIM, Marion.
Mlle JONES, Mary.
Dr KRAMPELITSCHER, Hilde.
Mme KREINDLER, Clara.
M. LUNGN, Cornel.
Mlle LEVY.
M. LIPETZ, Alphonse.
Mlle MARGUERAT, Monique.
Mme MARTHA-VIE, Isabelle.
Mme MIELEIKS, Elsa.
Mlle MONTAGNON, J.
M. NELSON, Ernesto.
Mme NORVIG, Julie.
Mme NOVAT, Colette.
Mme PEIPER, Barmen, Allemagne.
Dr PERSONS, Frances.
Mme PICHON, Édouard.
Mr REISS.
Mme RICH, Gilbert.
Mme ROUVROY.
Mme SAARNIO.
Mme SELLING.
Mme SESSELI, Alice.
Mlle STEWART, Francis.
Dr STOENESCO.
Mme SUARES, Nadine.
Mr VAUDRY.
Mme VERSTRAETEN.
Mme WARSZAWSKA.
Mlle WENNERBERG, Édith.
Mme WESTERMANN-HOLSTIJN.
Mlle WIBLÉ.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET ADMINISTRATIONS

Hôpital psychiatrique de Moisselles (S.-et-O.).
Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura).
Bibliothèque médicale de l'Hôpital psychiatrique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Centre d'observation méthodique des écoliers de la Ville de Liége, Liége, Belgique.
Établissement de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Maison de Santé départementale de la Meuse, Fains (Meuse).
Municipalité de Suresnes (Seine).
Société des médecins inspecteurs des Écoles (Mme LAROCHE, déléguée).

Exposition Médico-Pédagogique

Une exposition documentaire, concernant les diverses activités des centres de Psychiatrie infantile avait été installée à proximité de la salle des séances sous la direction de Madame Roudinesco.
Les établissements dont les noms suivent sont ceux qui participèrent à cette installation à la fois instructive et artistique.

ENFANTS ANORMAUX :

Iº Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, 379, rue de Vaugirard, Paris XVe. (Président : M. G. Leredu ; Secrétaire Générale : Mme S. Picard-Brunswick). Centre d'observation et de placement.

IIº Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Faculté de Médecine de Paris, 379, rue de Vaugirard, Paris XVe. (Médecin-Chef : Dr G. Heuyer). Consultation, laboratoire de psychologie et d'orientation professionnelle. Rééducation de la parole. Gymnastique spéciale.

IIIº La Tutélaire, Maison d'Observation et de Rééducation, 70, Route de Clamart, Issy-les-Moulineaux ; (Secrétaire Générale : Mme Parodi ; Médecin-Chef : Mme le Dr J. Roudinesco).

IVº L'Assistance aux Enfants Retardés et Instables, 35, Avenue de Saint-Ouen. (Déléguée-Générale : Mme Hérold ; Médecin-Chef : Dr Gilbert-Robin).

Vº Maison d'Éducation et de Traitement des Enfants et des Jeunes Gens arriérés, Château des Coudraies Étiolle, (S.-et-O.). (Médecins-Directeurs : M. de Chabert et M. J. de Chabert).

VIº Institut Médico-Pédagogique de Berck-Plage, Cottage des Dunes, Berck-Plage (P.-de-C.). Médecin-Chef : Dr G. Néron.

VIIº L'Aide aux Enfants Paralysés (Médecin Directeur : Dr Tournay). Centre de traitement et consultation.

VIIIº Foyer de Soulins, Maison d'Observation et de Rééducation, Brunoy (S.-et-O.). (Secrétaire Générale et Fondatrice : Mme O. Spitzer).

IXº Établissements Médico-Pédagogiques, Médecin-Directeur : Mlle H. Hoffer, 102, Boulevard des Batignolles, Paris XVIIe.

Xº Pour l'Enfance Coupable, Comité d'Étude et d'Action pour la diminution du crime, 12, rue Guy-de-la-Brosse Ve. (Secrétaire Général : H. van Etten).

XIº Collège Médical d'Annel, Longueil-Annel, par Compiègne. (Médecin-Directeur : Dr Préaut). Collège secondaire avec observation et traitement.

XIIº La Roseraie de Neuilly, Centre de rééducation pour enfants retardés, 12, rue du Château, Neuilly-sur-Seine. (Directrice : Mme Bayard).

ENFANTS NORMAUX :

Iº École des Roches. Directeur : M. Berthier, Études secondaires.

IIº La Montagne, Collège d'Altitude. Directeur : M. Destienne, Chamonix-Mont-Blanc (Haute-Savoie). Études secondaires pour enfants déficients physiquement. Sports. Cure d'altitude.

IIIº Les Sapins, Stations d'Enfants et d'Adolescents, Villars de Lans (Haute-Savoie). Dir. : Mme de Grossouvre.

IVº École bilingue de Neuilly. Directr. : Mme Jolas. École secondaire anglo-française.

Librairie :

Établissements F. Nathan, Paris. Matériel pédagogique pour enfants normaux et anormaux.

Etablissements étrangers :

Iº Institut de Psychologie de Vienne. Direction : Mme le Prof. Ch. Buhler.

IIº Institut de Psychologie de Londres. Direction : Mme le Dr Marguerite Loewenfeld.

IIIº Consultation d'Hygiène et de Prophylaxie Mentale « Iubirea de Oameni » Bucarest. (Pr Parhon, Dr Kreindler et Dr Weigl).

SÉANCE INAUGURALE

SÉANCE INAUGURALE DU 24 JUILLET

La séance solennelle d'ouverture du Congrès a eu lieu, le 24 juillet 1937, à 9 heures 30, dans la salle des congrès de la Maison de la chimie, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique représenté par M. le Docteur Leclainche. Sur l'estrade avaient pris place M. le Docteur Leclainche, M. le Colonel Chaudessolle représentant M. le Président de la République, Madame Suzanne Lacore, sous-secrétaire d'Etat à la Protection de l'Enfance, Madame Brunschwig, sous-secrétaire d'Etat à l'Education Nationale, S. E. Afifi Afifi Pacha, ambassadeur d'Egypte en Angleterre, M. Séguin, Directeur des affaires départementales, Madame Laroche, médecin inspecteur des Ecoles, M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. le Professeur Bouman, M. le Professeur Claude, M. le Professeur Marinesco, M. le Docteur Ruggles, M. le Professeur Rudin, M. le Professeur Weygandt, Monsieur Baffos, Président du Tribunal des Mineurs, M. le Docteur René Charpentier, M. le Docteur Babonneix, M. le Docteur Pichon, M. le Docteur de Parel et MM. les Docteurs Heuyer, Brissot, Grimbert, Badonnel, Bernard-Pichon, Roudinesco, membres du comité d'organisation.

On remarquait, parmi la nombreuse assistance, M. le Professeur Laignel-Lavastine, M. le Professeur Fribourg-Blanc du Val de Grâce, M. le Professeur Crouzon, M. le Docteur Courbon, MM. les Docteurs Paul-Boncour, Logre, Roubinovitch et de nombreux délégués étrangers et médecins psychiatres français.

M. le Docteur Leclainche, après avoir prononcé une allocution, au nom de M. le Ministre de la Santé Publique, déclara ouvert le Premier Congrès international de Psychiatrie infantile. Il donna ensuite la parole à M. le Docteur Heuyer, Président du comité d'organisation, puis à M. le Professeur Rudin, qui parla au nom des délégués étrangers. Mesdames S. Lacore et Brunschwig firent également une courte allocution dans cette même séance. Puis, M. le Professeur Wallon donna lecture du rapport introductif sur « les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile ».

ALLOCUTION prononcée par M. le Dr X. LECLAINCHE représentant M. le MINISTRE de la SANTÉ PUBLIQUE

M. LE REPRÉSENTANT DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
M. LE DOYEN,
M. LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Je vous apporte les excuses du Ministre de la Santé Publique qui, retenu loin de Paris, n'a pu, comme il en avait l'intention, assister à votre première réunion. En attendant de venir lui-même parmi vous, il a tenu à ce qu'un de ses collaborateurs médecins vous salue en son nom et souhaite une cordiale bienvenue aux personnalités étrangères qui, en répondant avec tant d'empressement à l'appel des organisateurs du Congrès, en ont assuré le succès.

Et à ce propos, permettez-moi d'adresser les félicitations du Ministre aux membres de votre Comité d'organisation, et tout particulièrement aux trois animateurs de cette manifestation : le Dr HEUYER, le Dr Léon MICHAUX et M. BONNAULT du Bureau des Congrès de l'Exposition Internationale de 1937.

Nous nous réjouissons que ces premières assises se tiennent dans notre capitale. Depuis plusieurs années, l'importance de l'hygiène mentale de l'enfant est de mieux en mieux connue en France, et les Pouvoirs Publics s'efforcent d'en favoriser le développement. Ces problèmes retiennent tout spécialement l'attention du Ministre de la Santé Publique qui, en tant que Ministre de la Justice, a déjà eu l'occasion de les étudier et de leur trouver quelques solutions pratiques.

C'est vous dire avec quel intérêt il prendra connaissance des résultats de vos travaux. D'ailleurs, nous avons la conviction que la France ne sera pas seule à en bénéficier. Les questions que vous allez traiter ont été si judicieusement choisies, et présentent un tel caractère d'universalité, que tous les pays, quel que soit leur degré d'évolution dans ce domaine, trouveront dans vos conclusions d'utiles directives pour parfaire l'œuvre entreprise.

L'importance de cette œuvre n'a pas besoin d'être longuement soulignée.

On peut dire que le développement de la psychiatrie infantile, — et celui de la science qui en dérive, l'hygiène mentale, — conditionne étroitement le progrès de la prophylaxie mentale, c'est-à-dire le succès de la lutte contre le péril qui menace le plus gravement nos sociétés modernes : le péril mental.

La psychiatrie infantile nous ouvre encore d'autres horizons. Elle nous permet d'espérer un meilleur équilibre social, grâce à une formation intellectuelle et morale strictement adaptée à la psychologie de l'individu et grâce à une orientation exercée suivant ses aptitudes professionnelles.

Ainsi, pour si larges que soient les limites de cette science nouvelle, elles sont déjà assez bien définies. On ne peut toutefois s'étonner que, pour la faire progresser, des esprits de discipline très différents, soient appelés à unir leurs efforts.

En effet, la psychiatrie infantile est tributaire du médecin et de l'hygiéniste, quelle que soit leur spécialisation.

L'étude d'un trouble psychique chez l'enfant ne relève-t-elle pas, suivant les cas, de l'eugénique, de la pédiatrie, de la neurologie, de l'épidémiologie, de la vénérologie, de la phtisiologie, (ou d'autres branches de l'hygiène sociale telles que la prophylaxie des intoxications), de la médecine légale, de l'hygiène du travail, de l'hygiène urbaine, et de bien d'autres branches de la médecine.

Mais la psychiatrie infantile n'envisage pas seulement la santé physique de l'individu. Elle considère son état moral, intellectuel et social. C'est ainsi qu'elle intéresse le juriste, le criminologiste, le psychologue, le pédagogue, et le sociologue.

C'est enfin une science dynamique en ce sens qu'elle ne se borne pas à examiner l'enfant, suivant des méthodes diverses, et à le considérer dans son état actuel. Elle s'appuie sur la notion de son passé ; elle se préoccupe de son avenir individuel et social.

Pouvons-nous voir sans émotion des hommes de formation différente, se pencher ensemble sur l'enfant, associer leurs connaissances et quelquefois aussi leurs ignorances, pour tendre vers un même idéal : la formation d'un être sain de corps et d'esprit. Notre émotion doit faire place à une immense espérance dans l'avenir de l'humanité, lorsque nous constatons que les hommes qui partagent cet idéal n'appartiennent pas à la même patrie.

C'est avec ces sentiments qu'au nom du Ministre de la Santé Publique, je déclare ouvert le 1er Congrès International de Psychiatrie Infantile.

DISCOURS INAUGURAL DE M. le Docteur HEUYER
Président du Congrès

Monsieur le Représentant du Président de la République,
Monsieur le Représentant du Ministre,
Messieurs les Délégués étrangers,
Mesdames,
Messieurs,

Je remercie M. le Président de la République d'avoir bien voulu se faire représenter à la séance inaugurale du 1er Congrès international de Psychiatrie infantile.

Je regrette que M. le Ministre de la Santé Publique ait été empêché de présider cette séance inaugurale. Il s'est fait représenter par son collaborateur, notre ami M. le Dr Leclainche dont l'aide nous a été précieuse pour l'organisation de ce Congrès.

Je remercie le Commissariat général de l'Exposition, en la personne de M. Boissard, directeur du Service des Congrès et de M. Bonnault, sous-directeur qui ont eu l'initiative de ce Congrès et qui nous ont permis de le réunir dans cette maison.

Je remercie enfin mes collaboratrices et mes collaborateurs de leurs efforts et de leur dévouement. Si l'organisation de ce Congrès est imparfaite en quelque détail, j'en porte seul la responsabilité et c'est à moi que devront s'adresser vos reproches.

Lorsque le Service des Congrès de l'Exposition Internationale m'a demandé d'organiser un Congrès International de Psychiatrie Infantile, j'ai longuement hésité avant d'accepter.

Des objections pouvaient être soulevées contre le projet de réunir les psychiatres qui, dans le monde entier, s'occupent de l'enfant. Il existe un Congrès International d'Hygiène Mentale qui vient de se tenir à Paris, et dans lequel est incluse une section d'Hygiène Mentale Infantile. L'Hygiène Mentale, pour avoir des chances d'être efficace, doit veiller au développement psychique normal de l'enfant ; elle doit s'efforcer de dépister précocement les arriérations intellectuelles et les troubles du caractère.

De plus, les psychiatres qui s'occupent de l'enfant, s'occupent aussi, en général de l'adulte. La Psychiatrie Infantile pose des problèmes neurologiques, psychologiques et endocriniens qui peuvent être rattachés, par certains côtés, à des études analogues faites chez l'adulte, de telle sorte que, dans les Sociétés et les Congrès de Psychiatrie générale, sont discutées les questions de Psychiatrie Infantile.

Pourtant la psychiatrie infantile s'adresse à un ordre de recherches et pose des problèmes qui nécessitent des disciplines différentes, dans un but très spécial de thérapeutique et d'adaptation sociale.

Quand on se penche sur un berceau, ce ne sont pas des manifestations d'intelligence que l'on remarque d'abord chez l'enfant, ce sont des réactions motrices à des excitations sensorielles. Dès les premiers mois de l'enfant, le rythme d'apparition et de disparition de certains phénomènes neurologiques permet de prévoir si le développement neuro-psychique ultérieur sera normal.

Ultérieurement, après la 3e année, le complexe neuro-musculaire se dissocie, les manifestations intellectuelles deviennent plus nettes, mais elles se réalisent pourtant selon un schéma d'automatisme, dans lequel on discerne l'influence de l'hérédité plus que du milieu. Plus tard, à partir de 6 ou 7 ans, la valeur de l'intelligence, sa qualité, posent des problèmes scolaires qui paraissent, au premier abord, psychopédagogiques. En réalité, à cette période, le complexe somatopsychique prend la forme de rapports étroits entre le développement de l'intelligence et le développement du corps que règle l'action du système nerveux et des glandes endocrines.

On peut discuter indéfiniment sur le rôle respectif de l'hérédité et du milieu dans le développement du caractère de l'enfant. Pour les uns, le caractère n'est qu'une forme du tempérament, de la constitution physique du sujet ; il ne dépend, peut-être, disait Dupré, que « d'une certaine qualité des humeurs ».

Pour les psychologues et les psychanalystes, le rôle primordial dans le développement du caractère appartient au milieu dans lequel l'enfant évolue. Quoi qu'il en soit, pendant toute la période scolaire se posent des questions qui ne peuvent être résolues que par une étude attentive des actions complexes du terrain biologique, des réactions psychologiques, de l'influence des maladies organiques ou des traumatismes affectifs qui peuvent troubler le développement de l'enfant.

A la puberté, de multiples problèmes se posent : la puberté est-elle véritablement une sorte de renaissance, une transformation de l'individu, la puberté produit-elle une révolution dans le corps de l'enfant, dans son intelligence et dans sa moralité, ou n'est-elle qu'un épanouissement, que la fin d'une évolution ? Apporte-t-elle vraiment quelque chose de nouveau ou n'est-elle que le dernier stade de modifications lentes qui se sont succédées depuis la première enfance ? S'il existe des troubles de l'intelligence et du caractère, est-il trop tard pour agir, et que faut-il faire pour faciliter l'adaptation sociale de sujets déficients ou fragiles ?

Ces problèmes nécessitent l'étude soigneuse du développement normal et pathologique de l'enfant depuis la naissance jusqu'à la puberté, avec la collaboration du médecin, du pédagogue et du psychologue.

Dans cette étude scientifique des troubles de l'intelligence et du caractère, les méthodes ne sont pas celles qui sont employées chez l'adulte : à l'étude psychiatrique, sont associées des techniques de mesures psychologiques, des applications pédagogiques, dans le but d'une adaptation opportune de l'enfant à la vie sociale. Ces méthodes sont utilisées de plus en plus par des spécialistes de la psychiatrie infantile, rameau détaché du tronc de la psychiatrie générale et dont la croissance devient autonome.

Pour préciser les descriptions, pour unifier les méthodes, il est légitime de réunir en un congrès les psychiatres habitués à étudier le développement neuro-psychique de l'enfant normal et anormal.

Dans certaines lettres que nous avons reçues, en réponse à nos premières invitations, certains confrères ont élevé des objections qui portaient sur le titre même choisi pour le Congrès. Des spécialistes réputés, dont quelques-uns sont ici, nous ont reproché d'avoir donné au Congrès la rubrique de « Psychiatrie Infantile ».

Des médecins d'enfants estiment que la psychiatrie infantile leur appartient. Certains pédiatres pensent qu'ils peuvent donner leur avis sur une arriération intellectuelle ou sur une anomalie du caractère parce que c'est à eux, d'abord, que l'enfant est adressé. — Les psychologues estiment que le terme de « psychiatrie » est trop médical, que dans le développement du caractère de l'enfant les explications fines de la psychologie sont nécessaires pour comprendre les nuances des réactions affectives, alors que le médecin des maladies mentales voit seulement des affections psychiatriques, fixes dans leurs symptômes et rigides dans leur diagnostic.

Il y a un peu de vérité dans ces objections. Il n'est pas douteux que, dans les premières années, c'est aux médecins d'enfants, aux médecins de médecine générale, que sont amenés les enfants dont le développement physique ou le développement intellectuel présente une arriération ; les enfants qui marchent tard, qui parlent tard, sont envoyés aux consultations hospitalières générales. Mais, le pédiatre ne reconnaît pas toujours la valeur de pronostic des retards d'apparition ou de disparition de certains phénomènes neurologiques ou neuro-musculaires. Il est bon que le médecin d'enfants ait, dans un Congrès, le contact de neurologistes et de psychiatres qui insistent sur l'importance du premier développement neuro-psychique de l'enfant.

A la période scolaire, le psychologue ou le pédagogue estime que l'enfant lui appartient ; il attache peu d'importance à son hérédité, à sa constitution biologique, au fonctionnement des glandes endocrines, au jeu des diverses fonctions motrices : pyramidales, extra-pyramidales et cérébelleuses. Il se préoccupe surtout des méthodes pédagogiques qui permettent à des enfants retardés d'acquérir les notions scolaires que doit avoir un enfant normal. Ils pensent aussi que la conduite de l'enfant dépend surtout des conditions affectives du milieu familial.

Or, il est utile que le médecin démontre aux psychologues et aux pédagogues qu'une certaine paresse d'esprit peut être efficacement traitée par des extraits endocriniens, que l'encéphalite épidémique reproduit d'une façon quasi expérimentale certains troubles du caractère : obsessions, impulsions, perversions, identiques au déséquilibre attribué à l'action du milieu.

Il est exact que, dans le premier âge, l'enfant porteur d'anomalies neuro-psychiques, appartient au pédiatre. Il est exact aussi qu'à l'âge scolaire l'enfant est presque entièrement entre les mains du pédagogue. Mais plus tard, à la puberté, lorsque l'enfant a quitté l'école, s'il est un débile mental plus ou moins utilisable, s'il a des troubles graves du caractère, s'il devient un dément précoce, il appartient alors entièrement au psychiâtre. Toute arriération neuro-psychique qui annonce une débilité intellectuelle, toute conduite anormale à l'âge scolaire qui indique un grave déséquilibre du caractère, sont l'annonce d'une évolution vers une affection psychiatrique de la puberté ou de l'âge adulte.

Il est logique de donner à un Congrès qui s'occupe des anomalies de l'intelligence et du caractère de l'enfant le nom de Congrès de « Psychiatrie Infantile » puisque, en fin de compte, ce sera au psychiatre seul de dire son mot lorsque l'anormal de l'intelligence ou du caractère aura terminé son évolution juvénile.

Toutefois, pour satisfaire tous les spécialistes qui s'occupent de l'enfant anormal, on pourra discuter l'opportunité d'un titre plus compréhensif tel que celui de Congrès de neuro-psycho-pathologie infantile, s'il vous apparaît utile de répéter l'expérience actuelle et de créer un organisme international destiné à réunir régulièrement dans les divers pays, un congrès des spécialistes de la psychiatrie infantile.

MESSIEURS LES DÉLÉGUÉS ET NOS COLLÈGUES ÉTRANGERS,

Je vous remercie d'être venus nombreux, des divers pays que vous représentez, pour assister à Paris au 1er Congrès International de Psychiatrie Infantile.

Tous les pays que vous représentez ont contribué au développement de notre spécialité.

En France, dès le début du 19e siècle, le Docteur Itard a ouvert la voie. Les travaux de Itard remontent à 1801. Vous connaissez son livre sur « le Sauvage de l'Aveyron », enfant idiot, trouvé au fond d'une campagne du Rouergue, et amené à Paris comme une curiosité philosophique. On croyait avoir trouvé la machine animée, la statue de Condillac dont il devait suffire de toucher les ressorts pour produire des opérations de l'intellect. L'époque était encore toute imprégnée des théories de Rousseau sur l'éducation. L'école philosophique de ce temps fut ravie et allait voir le « prodige ». Tous les beaux esprits visitèrent le « sauvage », mais bientôt l'image de la merveille tant attendue se dissipa devant le spectacle offert par cet idiot, le dégoût remplaça l'enthousiasme et le malheureux « sauvage » fut abandonné dans les combles de l'école des sourds-muets.

Le Dr Itard était lié avec les philosophes du moment. Philosophe lui-même, théoricien, il mit son dévouement au service du « Sauvage de l'Aveyron », qu'il voulut éduquer. Il échoua, mais il écrivit un livre plein d'observations fines, d'études qui réalisent un modèle d'analyse psychiatrique. Il consacra pendant cinq ans son dévouement à cette malheureuse créature qui avait attiré et effrayé tout Paris. Il en est résulté le récit d'une investigation qui fut qualifiée par Leuret de « sublime tentative ». Il n'est pas exagéré de dire que les travaux ultérieurs de psychiatrie infantile ont été inspirés par l'initiative d'Itard.

Itard eut surtout le mérite d'inspirer un pédagogue de génie, Séguin, qui continua dignement son œuvre. Le livre de Séguin sur le traitement moral des idiots et des autres enfants arriérés, publié en 1846, constitue comme il le dit une méthode d'*éducation physiologique*. La collaboration d'Esquirol et de Séguin réalisa la première collaboration médico-pédagogique.

C'est dans la tradition d'Itard et de Séguin que Bourneville réalisa plus tard, dans son service de Bicêtre, un service d'observation, de traitement et de rééducation qui fut un modèle. Préoccupé surtout de l'adaptation sociale des arriérés qui lui étaient confiés, il avait compris que s'il fallait leur donner l'instruction que comporte leur intelligence, il importait surtout de leur donner un métier qui leur permettrait de subvenir, au moins partiellement, à leurs besoins.

C'est en France aussi que Binet, médecin et psychologue, a créé, avec son collaborateur Simon, la méthode des tests. Il n'est pas exagéré de dire que les tests de Binet-Simon ont apporté à la psychologie normale et pathologique l'instrument de mesure qui manquait et ont transformé les méthodes pédagogiques. Ce n'est pas sans émotion qu'en 1930, en Amérique, nous avons constaté que les classes pour arriérés s'appellent « classes Binet ». En France, il faut lutter encore pour démontrer aux médecins, et quelquefois aux psychiatres, l'utilité de l'emploi des tests en psychiatrie infantile, et en pathologie mentale, en général. Pourtant cette méthode, employée d'abord uniquement pour établir le niveau mental des enfants normaux et des arriérés, a multiplié ses modes d'application ; elle est actuellement à la base de toute la psycho-technique. L'étude des fonctions intellectuelles avec Rossolimo, des fonctions motrices

avec Osseretzki, les tests d'orientation professionnelle, les tests même de caractère, sont dérivés de la méthode de Binet-Simon. Nous pouvons dire, qu'elle n'a pas donné encore le maximum des résultats que l'on peut espérer d'elle. Elle a apporté en psychologie, une méthode de mesure aussi nécessaire que dans les autres domaines de la recherche scientifique.

En Allemagne, en 1802, c'est-à-dire à peu près à l'époque où Itard publiait ses travaux, Froebel, dans son livre sur l'« Éducation de l'homme », exposait les méthodes d'enseignement utilisables dans le Kindergarten. Le terme employé par Froebel exprime l'idée que dans l'éducation, il faut considérer l'enfant comme une plante. L'école n'est que le jardin où l'on applique à la jeune plante humaine les procédés de culture les plus favorables à son parfait développement. La méthode Froebelienne a eu un succès considérable. L'on peut dire que c'est d'elle que s'inspirent, dans tous les pays, les programmes d'enseignement sensoriel et moteur appliqués aux enfants normaux des classes maternelles, et aux enfants anormaux. Le développement des conceptions Froebeliennes en Allemagne a été sans doute un des éléments essentiels de la faveur avec laquelle ont été accueillies dans ce pays les méthodes et les institutions de Heilpédagogie. A chacun de nos voyages en Allemagne, nous avons admiré les établissements les plus divers, destinés à l'éducation des débiles mentaux ou des enfants psychopathes.

En Suisse, c'est aussi vers la fin du XVIIIe siècle que l'Instituteur Pestalozzi, appliquant les principes de Rousseau, montrait l'intérêt de l'éducation à la campagne et en plein air. Il avait pris pour axiome que « le mal vient de la ville », et, vers 1780, il avait ouvert dans une ferme, une sorte d'asile pour les enfants pauvres. Là, il tenta d'appliquer ses idées sur l'éducation intuitive ; il utilisait les objets usuels et les lieux naturels au milieu desquels vivaient les enfants pour leur donner une éducation concrète très différente de l'éducation abstraite et dogmatique, alors en honneur. — Il n'est point surprenant qu'au pays de Pestalozzi, les maisons d'éducation en faveur des enfants déficients et psychopathes aient été installées selon les méthodes d'une psychologie éducative qui a utilisé tous les apports récents de la science de l'éducation. Les psychologues et les pédagogues qui ont fait leurs études à l'Institut J.-J. Rousseau de Genève étendent dans le monde entier la renommée de l'enseignement psychopédagogique du Pr Claparède. — C'est en Suisse aussi que le grand Bleuler en décrivant la schizophrénie a jeté sur la pathologie mentale de l'enfance et de l'adolescence des lueurs nouvelles.

En Italie, le nom du Dr Maria Montessori est devenu synonyme d'une méthode qui se fonde sur les principes Froebelliens. Mais aux « dons » un peu théoriques de Froebel, Mme Montessori a substitué les principes d'une pédagogie scientifique. L'éducation des sens doit avoir la première place dans l'enseignement. Pour l'éducation intellectuelle, il faut laisser à l'enfant beaucoup de liberté et il faut supprimer la part trop large faite à la mémoire verbale dans les méthodes habituelles. L'enfant qui exerce lui-même ses sens les perfectionne peu à peu. Le maître n'intervient que pour ordonner le développement spontané des tendances de l'enfant. Dans le domaine de la psychiatrie infantile, Sante de Sanctis a étudié les diverses formes des anomalies mentales de l'enfant et a décrit la démence précocissime. Au pays de Lombroso, le décret-loi du 20 Juillet 1934 qui organise les tribunaux pour mineurs, montre le soin avec lequel l'enfant délinquant est observé au point de vue psychiatrique avant que soit appliquée la mesure la meilleure destinée à sa récupération sociale. En Italie, le Tribunal ne se contente pas de demander l'avis du médecin. Le psychiatre

n'a pas seulement un rôle consultatif : il peut faire partie du Tribunal des mineurs avec un rôle délibératif.

En Amérique, la méthode des tests de Binet a été systématiquement appliquée. La Stanford Revision a montré avec quelle intelligence critique nos collègues Américains ont soumis les tests de Binet-Simon aux vérifications expérimentales. La méthode est sortie victorieuse des épreuves de contrôle ; elle a été complétée, enrichie, élargie et elle est devenue un élément essentiel de diagnostic en psychiatrie infantile.

C'est d'Amérique que nous sont venues les Assistantes Sociales — les Social Workers dont le rôle est devenu indispensable. Actuellement un dossier de mineur ne peut se concevoir sans qu'il comporte, avec l'examen d'un psychiatre, l'enquête sociale faite par des assistantes spécialisées.

C'est en Amérique surtout que, pour la première fois, en 1899, à Chicago, ont été créés des Tribunaux spécialisés pour le jugement des mineurs délinquants. Nous avons la joie de saluer aujourd'hui le Docteur Healy, modèle inimitable pour tous ceux qui s'efforcent de soigner et de rééduquer les enfants délinquants.

En Autriche est née la psychanalyse. Il n'est pas exagéré de dire qu'elle a renouvelé complètement nos conceptions psychiatriques. A une méthode intellectualiste et rationnelle, elle a substitué la recherche des mobiles affectifs qui guident inconsciemment chacun de nos actes. Il ne s'agit pas ici d'en faire l'exposé ni la critique. Nous constatons seulement que, dans l'étude de l'enfant, la psychanalyse a mis en évidence le rôle important du milieu. Peut-être a-t-elle fait méconnaître le rôle, au moins aussi important, de l'hérédité. Mais il n'est pas douteux que la psychanalyse a fourni des explications légitimes de certaines attitudes étranges de l'enfant ; elle a éclairé les mobiles obscurs de ses actes ; elle a donné, par la connaissance meilleure des causes, la possibilité d'une thérapeutique nouvelle. — Dans tous les pays, qu'on le veuille ou non, la psychanalyse imprègne la pensée psychiatrique. La méthode d'investigation psychologique appliquée à Vienne par Madame Charlotte Bühler combine heureusement les avantages de mesure que donnent les tests et de compréhension intuitive que donne la psychanalyse. Au point de vue pratique, Aichhorn a montré tout ce qu'il est possible d'obtenir de l'enfant psychopathe ou délinquant par l'application des conceptions psychanalytiques.

La Belgique est le domaine de l'enfant. Les établissements belges pour le traitement médico-pédagogique des débiles et des psychopathes, pour la rééducation de délinquants sont des modèles imités dans tous les pays. Les spécialistes de la psychiatrie infantile vont se perfectionner au pays du grand Decroly dont les méthodes sont universellement adoptées. Est-ce que notre but n'est pas celui que résume son épitaphe : « Il a aimé l'enfant pour en faire un homme de bien ».

L'Union des Républiques Socialistes Soviétiques a montré aussi que son intérêt primordial et essentiel s'adresse à l'enfant. Des conceptions nouvelles qui ne s'embarrassent d'aucune des théories existantes, ont permis de réaliser des institutions dans lesquelles le souci paraît avoir été de donner à l'enfant toutes les possibilités d'un développement harmonieux de ses aptitudes physiques et intellectuelles.

Dans la recherche scientifique, les savants soviétiques ont apporté aussi leur contribution aux progrès de la psychiatrie infantile.

Les recherches de Pavlov sur les « réflexes conditionnels » ont été poursuivies par ses élèves et orientées vers les applications psychologiques et psychiatriques.

Osseretzki a établi une échelle des tests moteurs analogues aux tests mentaux

de Binet, en application de la loi du parallélisme psycho-moteur établie par Dupré. Osseretzki a démontré que, d'année en année, le développement moteur de l'enfant peut traduire son développement intellectuel et que, dans ce développement moteur, il faut tenir compte de chacun des trois systèmes : pyramidal, extra-pyramidal et cérébelleux. A l'étude des symptômes neurologiques, les tests moteurs substituent l'étude globale des fonctions. Ainsi, la psychiatrie infantile prend ses racines dans la neurologie elle-même, et, par la neurologie, elle rejoint la médecine générale. La psychiatrie infantile est l'épanouissement de la médecine de l'enfant.

Il est peu de pays où, comme en Angleterre, soit réalisée au complet la coordination entre toutes les méthodes de dépistage, d'observation, de traitement des enfants anormaux de l'intelligence et du caractère. Les child Guidance Clinics que nous admirons à chacun de nos voyages sont des laboratoires d'étude et des centres de diagnostic et de traitement. A Londres the Institute of Medical Psychology qu'a fondé le Dr Rees réalise avec tous les perfectionnements désirables un Centre complet d'études psychologiques de l'enfant normal et anormal.

En Hollande, en Suède, en Norvège, au Danemark, au Brésil, en République Argentine, sont réalisées des institutions spécialisées dans le diagnostic et le traitement des arriérations et des psychopathies de l'enfance.

Ainsi dans tous les pays du monde, avec des méthodes et des disciplines diverses, les psychiatres et les pédagogues ont uni leurs efforts pour améliorer le sort de l'enfant déficient, psychopathe ou délinquant et pour l'adapter à la vie sociale. Il est donc logique de réunir en un Congrès les divers spécialistes du monde entier, de confronter leurs techniques, de comparer leurs résultats.

Dans ce but, le Bureau du Congrès a constitué trois Sections de Travail :

1° Psychiatrie Générale ;

2° Psychiatrie Scolaire ;

3° Psychiatrie Juridique.

En Psychiatrie Générale, « les réflexes conditionnels en Psychiatrie Infantile » ont été choisis comme sujet de rapport. Les réflexes conditionnels sont encore mal connus, du moins dans leurs applications à la Psychiatrie. — Les recherches de Pavlov et de ses élèves ont fait prévoir que les réflexes conditionnels sont à la base de la plupart de nos habitudes, de nos actes normaux ou pathologiques. Quand il sera possible d'établir les lois qui les régissent, il est vraisemblable que de nombreux symptômes de maladies mentales seront expliqués. De plus, la pédagogie sera renouvelée par l'application des réflexes conditionnels à l'éducation comme elle a été transformée déjà par les recherches de Binet.

Onze psychiatres nous ont remis un rapport sur « Les Réflexes conditionnels en Psychiatrie Infantile ».

En Psychiatrie Scolaire, quatorze rapporteurs exposent « les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant ». Dans toutes les questions qui relèvent de la médico-pédagogie, qu'il s'agisse de débiles mentaux ou de déséquilibrés du caractère, les méthodes éducatives doivent être fondées sur les constatations médicales et psychiatriques. Il ne viendrait à l'esprit de personne de demander à un Professeur de Gymnastique de redresser une scoliose sans les indications précises de l'orthopédiste. Il en est de même pour l'éducation des enfants arriérés et pour les méthodes à employer dans le redressement des caractères déviés. Les indications du psychiatre doivent être à la base de la pédagogie.

Dans la section de *Psychiatrie Juridique*, le sujet qui a été choisi : « La débilité mentale comme cause de délinquance infantile » montre le souci du bureau du Congrès de choisir, parmi les études de psychiatrie infantile, celles qui ont une application pratique.

Dans tous les pays, un mouvement de prophylaxie criminelle cherche à diminuer, par des méthodes préventives, la délinquance et la criminalité de l'adulte. Cette tentative de prévention sera vaine si la prophylaxie criminelle ne s'adresse pas d'abord à l'enfance, ne cherche pas à diminuer, autant qu'il est possible, la délinquance infantile et juvénile.

Dans les travaux qui ont été publiés, les auteurs sont d'accord pour admettre que, parmi les enfants délinquants, il y a un grand nombre de malades de l'esprit. Beaucoup d'enfants délinquants sont des déficients intellectuels ; les autres sont des anormaux du caractère. La question n'est pas seulement intéressante au point de vue de la statistique. Il importe d'abord de préciser ce que l'on appelle « débilité mentale ». Il faut rechercher s'il y a une commune mesure applicable dans tous les pays pour préciser la nature et le degré de cette débilité mentale. — C'est la question qui doit être traitée dans les douze rapports de Psychiatrie Juridique.

Aujourd'hui, vous entendrez le Rapport Introductif aux travaux du Congrès. Il en représente, en quelque sorte, la philosophie. Le Professeur Rumke, d'Utrecht, avait bien voulu prendre la charge de nous exposer « les bases neuro-physiologiques de la Psychiatrie Infantile ». Au mois de mai, il nous a annoncé qu'il lui serait impossible de nous présenter son rapport pour cause de maladie. Notre ami, le Professeur Wallon, a bien voulu se charger du rapport introductif et nous lui sommes très reconnaissants de son effort.

La méthode que nous avons employée est un peu différente de celle qui est coutumière dans les Congrès Internationaux. Il eût été possible de choisir, pour chaque question, seulement un ou deux rapporteurs. Nous avons voulu éviter qu'au cours de la discussion des rapports, surgissent de multiples et rapides interventions non préparées, qui constituent dans les comptes-rendus des Congrès une poussière de discours dont il ne reste aucune trace scientifique. Nous avons préféré, pour chacune des questions mises à l'ordre du jour, demander aux spécialistes des différentes nations de nous apporter, non une Revue Générale, mais l'exposé de leurs travaux, de leurs conceptions et des études faites dans leurs pays respectifs. Ainsi, chacun des volumes de rapports, constituent une somme internationale d'acquisitions nouvelles.

Nous tenons à dire que l'ordre dans lequel les rapports ont été imprimés dépend de leur date d'arrivée au Secrétariat du Congrès. A cause de l'arrivée tardive de quelques rapports, l'impression a été retardée jusqu'à la dernière limite.

Je m'excuse d'avoir parlé aussi longuement, mais j'ai pensé qu'il était nécessaire d'exposer les raisons pour lesquelles le premier Congrès de Psychiatrie Infantile se réunit et quelles sont nos méthodes de travail.

Enfin, il est encore une raison plus importante qui justifie notre Congrès. A une époque où la Paix du monde est singulièrement incertaine, où nous sommes menacés par des psychoses de guerre, psychoses collectives, auxquelles participent l'ignorance et maints symptômes pathologiques de méfiance, d'orgueil, d'anxiété et de haine, il nous semble que c'est en nous penchant sur l'enfant qu'il est possible de faire œuvre humaine, et de rendre efficaces les méthodes d'interpsychologie qui permettront d'établir entre les hommes un contact pacifique permanent. Il faut lutter précocement chez l'individu contre la cruauté des tendances agressives et contre la sottise des résistances aveugles ou sournoises. Détruire dès le jeune âge les complexes d'infériorité, et les réactions d'opposition, redresser les déviations pathologiques du caractère, obtenir le maximum de développement d'une intelligence retardée ou déficiente, c'est l'œuvre de la Psychiatrie Infantile. Faire comprendre à chaque enfant qu'il est libre, qu'il a le droit de s'épanouir selon toutes ses aptitudes sous la seule obligation de respecter la liberté de son voisin, cette œuvre est un enrichissement et un élargissement de la Psychiatrie Infantile qui rejoint ainsi l'effort, jamais découragé, d'une humanité fraternelle et pacifique.

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR RUDIN AU NOM DES DÉLÉGUÉS ÉTRANGERS

M. LE MINISTRE,

M. LE PRÉSIDENT,

MESDAMES ET MESSIEURS,

Au nom des délégués étrangers, j'ai l'honneur de vous adresser quelques mots de gratitude. Nous tous, membres de différentes nations, venus de toutes les régions du monde, avons accepté avec grand plaisir l'invitation cordiale de M. le Président, le Docteur Heuyer, à ce premier Congrès International de Psychiatrie infantile. Pour nous la belle France, la métropole hospitalière et la magnifique exposition universelle, offrent déjà tant d'attractions qui elles toutes seules auraient justifié pleinement les sacrifices de notre part d'être venus ici.

Cependant le clou pour nous tous, c'est pourtant l'idée attractive et nouvelle d'un Congrès de Psychiatrie infantile, le premier de ce genre et dans le monde.

N'est-ce donc pas que les Français en suivant cette nouvelle proposition sont compétents avant tout de convoquer un pareil congrès, les Français qui ont été particulièrement productifs dans le domaine de la Psychiatrie infantile. Ainsi nous félicitons nos confrères français de leur heureuse conception de ce nouveau congrès et nous les remercions de nous y avoir invités.

Mais ce congrès-ci, comme les autres congrès scientifiques pour lesquels nous sommes ici, contribuera j'en suis convaincu une fois de plus à nous réunir tous dans le but commun d'enrichir nos connaissances, de nous entendre mieux, de collaborer les uns avec les autres, et ainsi à servir aux grandes aspirations de la paix et de la civilisation du monde.

ALLOCUTION DE MADAME SUZANNE LACORE

M. le Docteur Heuyer, dont j'avais reçu, voici quelques mois, la faveur d'une invitation, a bien voulu, au nom du Comité d'organisation du Ier Congrès International de Psychiatrie Infantile, m'inviter de nouveau à la Séance inaugurale de ce Congrès, et me demander d'y prononcer quelques mots.

Je tiens à dire tout de suite la fierté et l'émotion qui me pénètrent devant l'honneur qui m'est fait, et dont je sens avec gratitude, avec force, tout le prix.

Fierté d'être si cordialement appelée, moi, profane, à prendre la parole devant une Assemblée si éminemment distinguée, où des techniciens et spécialistes réputés, des professeurs éminents, des maîtres de la science des deux mondes, se sont donné rendez-vous.

Émotion de ce geste lui-même, de sa haute simplicité, unissant d'emblée, en dehors de toute « catégorie » et de tout formalisme, sur un plan supérieur d'égalité, quiconque travaille avec foi et volonté à la réalisation d'une œuvre chère à tous.

Puisque je prononce le mot gratitude, qu'il me soit permis de le répéter, solennellement adressé, ici, aux membres éminents du corps médical — et aussi, je l'ajoute, de la magistrature, de l'enseignement, membres du Comité d'honneur — que j'ai eu la joie d'accueillir au Ministère dans notre Commission de l'Enfance déficiente.

Avec compétence, esprit de méthode, dévouement, ces hommes ont travaillé, mettant leur science, leur talent, leur bonté — cette bonté lucide, synthèse élevée de l'intelligence et de la sensibilité — au service des petits.

Un remarquable Projet de Loi sur l'Enfance déficiente est né de ce clairvoyant effort, et, autant pour la santé présente de l'Enfant que pour l'avenir du pays nous souhaitons la mise à l'étude, urgente et rapide, de cette Loi dont l'application *rendra sensible* au pays, pour la première fois, la nécessité de soigner la totalité de l'enfance française à tous les degrés de la maladie ou de la déficience — et fera de cette expérience le point de départ d'une organisation rationnelle de la vie dans tous les ordres — physique, intellectuel, culturel — de nos enfants.

Que nos éminents et dévoués collaborateurs et amis veuillent bien trouver dans ces quelques mots la ferveur de ma reconnaissance et l'expression de la douceur réconfortante du souvenir que j'en garderai.

***

MESSIEURS,

Vous allez tenir à Paris le Congrès International de Psychiatrie infantile. On peut s'étonner de ce caractère initial d'une manifestation si importante. Il traduit la lenteur du rythme de l'évolution des idées, la difficulté de leur pénétration dans l'opinion, la force des barrages dressés par les préjugés devant la vérité qui s'affirme, et il souligne la ténacité du labeur dont vous avez dû être, sous toutes les latitudes, les artisans et les pionniers.

La neuro-psychiatrie infantile me paraît être, en effet, une nouvelle venue dans l'univers de la pathologie — comme une science un peu étrangère, vis-à-vis de laquelle on reste en défiance, mal familiarisé. Et je ne veux, pour preuve de cette impression, que le scepticisme, pour ne pas dire l'hostilité, de trop de parents devant ses révélations, attitude issue de l'ignorance et de la susceptibilité de procréateurs, humiliés d'avoir à reconnaître les tares nerveuses ou mentales dont ils ont été les transmetteurs.

Si on ajoute à ces observations l'histoire de la pensée humaine au cours des siècles, attestant tout entière que l'attention des penseurs et des savants s'est penchée sur les phénomènes du monde extérieur bien avant de se diriger vers l'étude de l'homme, et en particulier de la complexité mystérieuse de ses nerfs et de son esprit, on a le secret des obstacles que vous rencontrez, Messieurs, dans la propagation de vos théories scientifiques, si neuves, si vraies, et qui doivent devenir le pivot de l'orientation médicale, psychologique et psychiatrique moderne.

Jusqu'à ce jour, la grande masse de l'opinion a tout ignoré de la psychologie expérimentale, de la neuro-psychiatrie dont les travaux admirables nous révèlent l'étendue des ravages causés par la misère physiologique, l'action du milieu, la puissance des atavismes, les lois secrètes de l'hérédité, les formes multiples de la dégénérescence, et, sous ces influences diverses, les réactions nerveuses, caractérielles et mentales du petit être humain.

Jusqu'à ce jour, dans la famille, à l'école, dans la rue et en tous lieux où sévit sa dissipation et sa turbulence, l'enfant a été considéré presque sous l'angle d'un adulte devant, comme tel, posséder jugement sain, raison lucide, nerfs solides, libre arbitre et responsabilité.

A la lumière de la science, vous éclairez le mystère de ces âmes neuves. Vous pénétrez les rouages de l'intelligence ; vous enregistrez les altérations du caractère ; vous relevez les tares du mouvement, du langage, des muscles, des nerfs moteurs et sensoriels ; vous constatez les déficiences diverses de l'organisme et du système nerveux, toutes solidaires et parties contributives à l'élaboration du caractère et de la pensée. Et l'ensemble de ces perturbations organiques vous conduit à découvrir faiblesse nerveuse, désordre mental, arriération intellectuelle, en des zones où on accusait hier, défaut, vice, tares morales, à châtier sévèrement.

Là est la grandeur de cette science qui va donner des moyens chaque jour perfectionnés et accrus de soigner, d'améliorer, de guérir l'enfant, de l'alléger des responsabilités dont il n'est pas comptable, de le faire plus heureux et de préparer à l'humanité un meilleur avenir.

Si le sort de l'Enfance déficiente s'est inscrit au premier plan de nos préoccupations, c'est que nous avions depuis longtemps le sentiment de cette ignorance, de cette injustice, de cette cruauté inconsciente à l'égard de l'enfant.

Huit à neuf sur 10 des petits délinquants — qu'il y a peu de temps encore, nous mettions en geôle avec une dureté sans courage — sont des victimes d'une hérédité chargée, d'un système nerveux hypertendu, d'un milieu malsain où la misère favorise le vice et la perversité. Les soigner, les rééduquer, leur assurer les conditions d'existence normale qui les arracheront à la maladie et au péril moral : voilà la voie indiquée à la fois par la vérité scientifique, le sens de la justice et l'humaine pitié.

***

Un effort magnifique dont elle a le droit d'être fière a été fourni dans tous les pays d'Europe par l'élite des médecins et savants pour fonder cliniques et dispensaires, organiser le dépistage des maladies et déficiences, instituer des consultations neurologiques et services de prophylaxie criminelle.

En France, la plupart des grandes villes sont dotées de ces importants services. A Paris, sous l'impulsion généreuse de nos amis ici présents, et si je ne me trompe, de notre Président en particulier, la ville a fondé le premier type de clinique d'hygiène mentale et de neuro-psychiatrie infantile pour traiter l'enfance délinquante ou en danger social, car il existe, a dit l'animateur de cette clinique, des règles de diagnostic social comme il existe des règles de diagnostic médical.

Il reste encore beaucoup à faire, à la campagne surtout — dont je me fais inlassablement l'avocate, car elle a été jusqu'ici trop oubliée à tous les degrés de l'activité et du progrès économique et social.

La loi sur l'Enfance déficiente appellera les petits Jacquous de la terre comme les Poulbot de Paris au bienfait des soins. Au fond des villages perdus, les enfants naissent et grandissent sans aucun des avantages qu'offre le dispensaire ou la clinique.

Une organisation nationale de la santé publique devra faire cesser cette dualité de traitement, injuste pour les fils d'une même patrie.

C'est Spencer, je crois, qui a exprimé cette vérité profonde :

« Nous voyons le germe de bien des choses qui se développent plus tard d'une manière que personne ne pressentait et qui causent des transformations profondes dans la société et parmi ses membres, transformations que nous ne pouvons espérer dès maintenant, décisives, mais que nous pouvons attendre avec confiance comme conséquences finales. »

Un de ces germes, dont nous sentons autour de nous la présence vivante et féconde, est la découverte des lois naturelles de l'hérédité établissant le lien entre les générations, et qui permettra de soigner, selon le mot de la Bible, les « dents agacées » des fils, dont les pères ont mangé « des raisins verts ».

Tout préjugé, toute ignorance qui tombe en ce domaine, est une sécurité qui se lève bienfaisante, et travaille à la purification de l'espèce et à son relèvement.

Ni physiquement, ni psychologiquement l'homme n'est immuable. A travers des modifications, un être nouveau, un « type » plus évolué en santé, en intelligence, en moralité, peut et doit surgir, qui fera une race humaine supérieure.

En poursuivant votre tâche, vous ne faites pas seulement œuvre de science et de vérité, vous réduisez la part de la croyance désespérée à la fatalité, vous faites reculer la souffrance, vous créez l'espérance.

Au nom des mères et des enfants permettez-moi, Messieurs, de vous saluer ici avec respect et de vous offrir l'hommage de pure reconnaissance dû à ceux qui consacrent leur vie à la régénération de l'humanité et à l'accroissement de son bonheur.

ALLOCUTION DE MADAME BRUNSCHWIG

Monsieur le Représentant du Président de la République,

Mesdames,

Messieurs,

Je remercie le bureau du I[er] Congrès International de Psychiatrie Infantile de m'avoir demandé de prendre la parole à la séance d'ouverture et de m'avoir permis d'exprimer quelques-unes de mes idées au sujet de l'assistance et de l'éducation des enfants déficients.

Tout a été dit depuis bien longtemps sur la nécessité de récupérer le plus grand nombre possible d'enfants dont, pour des causes diverses, le développement intellectuel a été retardé et l'instruction compromise. Mais il ne suffit pas de faire des discours pour démontrer la nécessité de créer des Établissements Médico-Pédagogiques en faveur de l'enfance déficiente. Des réalisations doivent être faites dans notre pays dont on peut dire qu'il est en retard sur beaucoup d'autres nations qui, comme la Belgique par exemple, ont déjà réalisé des mesures qui, chez nous, commencent seulement à fonctionner.

Il faut comprendre que l'assistance et l'éducation à donner aux enfants arriérés ne dépendent ni d'un seul homme, quelle que soit sa compétence, ni d'une seule clinique, quelle que soit son organisation. Il appartient au Ministère de l'Éducation Nationale de créer les Établissements d'éducation et d'enseignement dans lesquels les enfants arriérés suivis par des médecins spécialisés pourront recevoir la pédagogie compatible avec leur développement intellectuel.

C'est ce que je me suis efforcée de faire pendant mon passage au Sous-Secrétariat de l'Éducation Nationale avec la collaboration des dévoués instituteurs d'arriérés et notamment de M. Fresneau, l'un des animateurs de l'École Autonome d'Asnières, et de M. Prudhommeau, qui assistent aujourd'hui à la séance inaugurale de votre congrès. Sur notre initiative, le Ministre a créé des cours pour permettre aux instituteurs qui s'intéressent aux enfants arriérés de connaître les méthodes les meilleures qui peuvent être appliquées à cet enseignement spécial. Ces cours, très recherchés puisque sur 500 candidats nous n'avons pu en retenir que 50, ont été faits avec la collaboration de médecins et de savants, en particulier avec celle du Professeur Wallon, que nous retrouvons toujours à la tête de toutes les initiatives généreuses en faveur de la protection de l'enfance.

A la suite des examens qui ont suivi nos cours et nos stages, nous avons admis à l'enseignement des arriérés cinquante nouveaux instituteurs qui seront

immédiatement placés dans des classes ou des internats de perfectionnement. Il ne suffit pas, en effet, de demander un effort aux pouvoirs publics pour créer des Établissements, il faut avant tout être assuré d'un personnel compétent qui puisse y faire une œuvre éducative efficace.

M. Jean ZAY, Ministre de l'Éducation Nationale, a bien voulu me demander de lui continuer ma collaboration, notamment pour l'organisation de l'éducation aux enfants déficients.

Aussi est-ce avec beaucoup d'intérêt que je suivrai les travaux du Ier Congrès International de Psychiatrie Infantile dans lequel les médecins étrangers nous feront connaître les résultats qu'ils ont obtenus dans leur pays. Les échanges de vues qui en résulteront amèneront, j'en suis certaine, de fructueux résultats pour l'œuvre médico-pédagogique qui est le but même de cette importante manifestation internationale.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Derniers rapports

Communications et discussions

PARTIE SCIENTIFIQUE

Les séances de travail qui se tinrent également à la Maison de la chimie, eurent lieu les lundi 26, mardi 27 et mercredi 28 juillet. Chacune de ces journées comporta deux séances : celle du matin réservée à la lecture et la discussion des rapports, celle de l'après-midi réservée aux communications et à leur discussion.

A chaque journée correspondait également l'une des trois sections qui faisaient l'objet des travaux du congrès.

Le lundi fut réservé à la psychiatrie générale, le mardi à la psychiatrie scolaire et le mercredi à la psychiatrie juridique.

Grâce à l'installation du système Finlay et aussi grâce à la virtuosité remarquable des traducteurs, les frères Kaminker, chaque discours, rapport ou communication fut traduit simultanément en anglais, allemand et français, permettant ainsi en un temps record de mener à bonne fin un programme particulièrement chargé.

Psychiatrie Générale

Rapports : [1]

LES RÉFLEXES CONDITIONNELS EN PSYCHIATRIE INFANTILE

---

1. Un petit nombre de rapports nous ayant été remis après la parution des trois premiers tomes publiés avant le congrès, nous nous voyons obligés de les insérer dans le compte-rendu du Congrès.

L'INTÉRÊT SÉMIOLOGIQUE DES RÉFLEXES TENDINÉO-CONDITIONNELS EN NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

PAR

LUCIEN CORNIL et MICHEL MOSINGER
professeurs à la Faculté de Médecine de Marseille

L'orientation objective et expérimentale donnée à la psychologie russe à la suite des travaux des Écoles de Pavlow et de Bechterew, a permis d'acquérir une série de faits d'importance considérable, malheureusement encore trop ignorés dans nos milieux pédagogiques.

Si quelques articles récents et le travail de Marinesco et Kreindler ont assez tardivement d'ailleurs attiré l'attention en France sur les faits généraux que de telles méthodes ont permis d'apporter à la biologie générale, nous voudrions tenter de montrer dans ce court exposé quel parti on peut tirer de leurs recherches dans l'appréciation du fonctionnement nerveux et mental chez les enfants et plus particulièrement chez les enfants anormaux.

L'esquisse des notions acquises accompagnées de quelques préliminaires est toutefois nécessaire avant de préciser les résultats personnels que nous avons obtenus et que nous avons consignés dans une série d'articles publiés dès 1918 avec notre élève Goldenfoun [1].

Chacun connaît aujourd'hui la signification de ces réflexes spéciaux que l'on appelle réflexes conditionnels avec Pavlow ou réflexes associatifs avec Bechterew.

Sans en présenter un exposé détaillé, nous rappellerons brièvement que les réflexes conditionnels ont été étudiés dans le laboratoire de Pavlow, chez les animaux surtout chez le chien, en partant de la fameuse expérience de la salivation psychique, envisagée par Wulfson, en 1898, puis étudiée avec beaucoup de précision par Tollotaschinoff et communiquée par ce dernier au Congrès des Médecins et Naturalistes à Helsingfors en 1903.

---

1. L. CORNIL et Z. GOLDENFOUN. Sur une modalité clinique d'exploration des réflexes conditionnels associatifs. Les réflexes tendinéo-associatifs (C. R. Soc. de biologie de Nancy, juin 1928).
CORNIL et GOLDENFOUN. Les réflexes associatifs chez les enfants anormaux (C. R. Soc. de biologie de Nancy, juin 1928).
CORNIL et GOLDENFOUN. L'étude des réflexes associatifs et son intérêt en neurologie pédiatrique. (La science médicale pratique 1928).
CORNIL et GOLDENFOUN. Réflexes conditionnels et réflexes associatifs (L'encéphale, décembre 1929).
CORNIL. Considérations sur les réflexes associatifs conditionnels chez l'enfant. Remarques sur les facteurs d'association (Arch. Med. Génér. et col. nº 5 1937).

De cette observation sont nés dans le laboratoire de Pavlow de nombreux
travaux dont la complexité expérimentale croissante permit d'arriver aux
conceptions générales sur le fonctionnement du système nerveux de Pavlow,
synthétisé dans une série d'articles et de conférences réunies dans ses ouvrages
sur « les réflexes conditionnels » traduits en français par Grigorieff et les leçons
sur « l'activité du cortex cérébral » traduites par Trifonoff [1].

De son côté Bechterew poursuivait l'étude des réflexes associatifs dans son
laboratoire suivant un but et une technique assez différentes.

Au début, cet auteur s'est en effet demandé si l'on ne pourrait pas aborder
la question de l'étude et de la personnalité humaine d'un point de vue tout à
fait objectif. Dans une communication sur les psycho-névroses traumatiques
et l'hystérie au V[e] congrès de Byrogoff en 1885, il répond à cette question
affirmativement.

En continuant ses recherches, il fait ensuite des expériences sur les chiens
par la méthode de dressage et il utilise pour la première fois des réflexes asso-
ciatifs moteurs éduqués chez l'animal afin de déterminer leur localisation dans
l'écorce cérébrale. Les résultats de ces expériences mémorables furent publiés
en 1886-87 (c'est-à-dire 12 à 15 ans avant les premiers travaux de Pavlow)
dans un article sur « la physiologie de la région motrice de l'écorce cérébrale ».

Dès ce moment, Bechterew désigne les réflexes moteurs obtenus par le dres-
sage sous le nom de *réflexes associatifs*, nom qui explique à lui seul toute sa
méthode puisqu'il se base sur les données de la neurologie et de la physiologie
du système nerveux en démontrant que, justement les fibres associatives
jouent un rôle considérable dans l'éducation de l'animal, comme dans celle
de l'homme d'ailleurs.

Il existe donc aujourd'hui deux écoles qui étudient d'un point de vue et
suivant une méthode différente le même phénomène qu'elles désignent chacune
d'un nom spécial. Pour notre part nous croyons qu'il est préférable d'adopter
le nom de réflexes associatifs conditionnels.

Après avoir établi la distinction classique entre les deux méthodes on s'aper-
çoit en effet qu'il s'agit d'une différence plus artificielle que réelle.

Si la forme est variable dans son application, le fond reste le même, toute
« condition » nécessitant dans ce cas, fatalement « association de deux élé-
ments » ; l'excitation absolue et l'excitation variable que l'on appelle à
volonté conditionnelle ou associée.

C'est pourquoi nous avons pensé obéir à un sage éclectisme en employant
les deux qualificatifs, ce qui, en outre, présente l'avantage d'être compris des
physiologistes, des psychologues et des médecins.

D'ailleurs, depuis ces dernières années, l'école de Pavlow a commencé à
compléter ses recherches par la méthode de Bechterew, ainsi que l'école de
Bechterew poursuit des recherches en complétant les données du laboratoire
de Pavlow.

Les réflexes associatifs chez l'homme adulte présentent une complexité
extrême et l'on se rend bien compte que l'étude de ces réflexes, étant en rapport
intime avec l'expérience personnelle de l'individu, est particulièrement difficile
à préciser.

On aperçoit déjà l'intérêt considérable que présente leur analyse chez l'en-
fant dès les premiers jours qui suivent la naissance.

2. P. Pavlow. Les réflexes conditionnels. Étude objective de l'activité nerveuse supérieure
chez les animaux. Traduit du russe par N. et G. Grigorieff (Paris 1927).
P. Pavlow. Leçons sur l'activité du cortex cérébral. Traduit par Trifonoff (Paris 1929).

En effet, dès ce moment, débute un processus d'accumulation des réflexes
associatifs dans des directions les plus variables.

D'une part, un certain nombre de réflexes de ce genre, en s'associant avec
les modifications internes de l'organisme, peuvent même être provoqués par
ces dernières (réflexes intéroceptif).

D'autre part, certaines actions extérieures (réflexes extéroceptifs) qui s'asso-
cient d'abord à des états spécifiques internes de l'organisme peuvent secondai-
rement jouer un rôle d'excitateur et provoquer ces états intérieurs associés.
Il apparaît toutefois que l'activité associative ne se manifeste pas immédiate-
ment dès que l'enfant est né, elle se développe un peu plus tard sur la base des
réflexes simples.

D'après Tidemann, un enfant qu'il observait se calmait dès le 18[e] jour au
contact d'une main douce en prenant la position dans laquelle on lui donne le
sein. Goldenfoun a pu observer chez sa fillette le même fait. Elle se calmait
quand on la prenait sur les bras dès le 16[e] jour, tandis qu'auparavant elle ne
cessait de crier jusqu'au moment où elle saisissait le sein.

Sully n'a observé des phénomènes de ce genre que chez les enfants âgés de
dix semaines. D'autres auteurs par exemple Darwin et Taine, attachent les
premières associations à un âge encore plus avancé, entre 5 et 6 mois.

Bechterew rapporte l'exemple d'une enfant de 6 mois qui, s'étant un peu
brûlé la main, la retirait à la seule vue de l'objet qui avait causé la brûlure.

Nous avons nous-mêmes avec Jean Pacaud [1] montré l'évolution du méca-
nisme du rire chez le nourrisson et nous croyons avoir montré qu'il s'agit là d'un
véritable réflexe associatif.

Ces derniers exemples présentent cependant des associations plus étendues.
D'autres processus encore plus complexes s'établissent un peu plus tard, par
exemple pour les actes qui prennent le caractère d'un jugement élémentaire.
Bechterew a observé un enfant de 4 à 5 mois qui se servait d'un bâton comme
d'un rateau pour rapprocher un jouet ; mais les actes qui comportent la recon-
naissance d'un objet ne se manifestent qu'au cours de la deuxième année.
L'enfant commence par identifier les animaux ou les animés avec les images
qui les représentent en poussant des exclamations ou des sons imitatifs, et
continue en rapportant ces impressions aux données de l'expérience personnelle.
« Le couteau, dit-il, c'est pour couper de la viande, le crayon, c'est pour dessiner
les maisons » et ainsi de suite.

En ce qui concerne la phylogenèse des réflexes associatifs, Bechterew croit
même que les réactions associées commençent dans le règne animal avec la
recherche de la nourriture. Cette dernière suppose pense-t-il une distinction
des matières comestibles et naturellement la distinction ne va pas sans la
reviviscence des traces de l'expérience antérieure.

Ainsi des associations élémentaires doivent se rencontrer aux degrés plus
bas du règne animal, comme chez les êtres unicellulaires, par exemple, mais le
perfectionnement de celles-ci n'appartient qu'aux espèces supérieures et n'at-
teint la vraie systématisation que chez l'homme.

Du point de vue de la vitesse et du développement des réactions associées,
un enfant se distingue d'ailleurs nettement des jeunes animaux. Ceux-ci sont
doués dès la naissance de certaines associations qui manquent au premier.
Ainsi, par exemple, le poussin, à peine sorti de l'œuf, picore les graines d'une
manière tout à fait sûre. Il accourt immédiatement aux cris d'inquiétude de

1. Cornil et Pacaud. Considérations sur le rire automatique. Le stade de l'élaboration
du rire chez le nourrisson et le rire réflexe associatif, Paris Médical, 9 mars 1929.

la mère, tandis que d'autres sons le laissent tout à fait indifférent, cela prouve une association parfaite et innée des mouvements avec certaines impressions visuelles et auditives.

Par contre chez l'enfant nouveau-né de quelques heures (et surtout chez les anencéphales ainsi que l'ont montré L. Cornil et Bertillon[1]), en dehors des mouvements automatiques de la langue, des lèvres, des yeux, des membres, on n'observe aucun réflexe associatif « acquis », l'établissement de ceux-ci ne se fait qu'avec l'exercice. Par contre, une fois entré dans la voie du développement, l'enfant dépasse bien vite tous les animaux, en vitesse et en quantité d'association.

Il est clair qu'entre les vertébrés inférieurs et un enfant nouveau-né la différence est considérable. Elle nous induit à conclure que les premiers se trouvent dotés dès la naissance d'un mécanisme des réactions coordonnées, produit de l'expérience de l'espèce (n'est-ce pas là ce que les psychologues nomment l'instinct) tandis que chez l'homme, dès sa naissance ce mécanisme est à l'état rudimentaire et se forme à l'aide de l'expérience individuelle. Mais qu'il s'agisse de l'expérience individuelle ou de l'expérience de l'espèce, le fonctionnement ne devient exact et sûr qu'à la suite d'une association réitérée des impulsions externes avec les réactions qui s'y trouvent appropriées.

L'association mentale joue un rôle considérable dans la vie et les moyens d'adaptation de l'organisme aux conditions de son entourage. Les excitants tout à fait indifférents ou bien très éloignés de l'excitant primitif peuvent provoquer la même réaction que ce dernier.

Anatomiquement, ce résultat paraît dû au développement sinon organique du moins fonctionnel, des fibres associatives qui relient non seulement les circonvolutions voisines, mais aussi des régions plus éloignées de l'écorce, sièges des différents centres nerveux.

D'ailleurs le rôle des centres corticaux dans la formation des réflexes associatifs, a été prouvé aussi bien par les observations de cas pathologiques que par l'expérience avec l'ablation des régions corticales.

On sait, dit Bechterew, que lorsque l'écorce cérébrale présente des lésions étendues, comme par exemple, dans le cas d'idiotie complète l'individu est incapable de répondre, non seulement aux paroles, mais même aux gestes. L'association se trouve donc ici complètement abolie. Il est banal de rappeler à ce sujet que la destruction de certaines régions de l'écorce cérébrale entraîne chez le chien comme chez l'homme, les altérations connues sous le nom de surdité ou de cécité psychique dans lesquelles il y a essentiellement perte des associations. Ainsi par exemple, le chapeau, la canne, n'importe quel objet familier ne sont plus reconnus comme tels ; un chien dressé ayant subi l'ablation de la zone de Wernicke de l'écorce, ne reconnaît plus la voix de son maître, ne réagit plus d'une manière habituelle au claquement du fouet, etc.

Pour en revenir au point particulier qui nous intéresse aujourd'hui rappelons que des recherches spéciales ont été faites sur l'établissement des réflexes associatifs artificiels chez les enfants. Cette méthode a permis d'observer de près les degrés de développement des processus d'association. Il a été établi que tous les mouvements dits de « nature psychique » ne sont qu'une reproduction de simples réflexes sous des impulsions plus ou moins éloignées, mais associées dans l'écorce cérébrale. « On le voit entre autre par le fait que les actes

1. L. Cornil et Bertillon. Monstre anencéphalien et Mouvements d'automatisme (Bull. et Mém. de la Société Anatomique, p. 79, janvier 1921).
L. Cornil et Bertillon. Sur deux jumeaux anencéphales (Revue d'anthropologie 1923-24).

physiques sont tous pratiquement de même caractère que les réflexes simples. De même que ceux-ci sont, soit préparatoires, soit agressifs, soit défensifs, soit imitatifs, les actes psychiques sont aussi en fin de compte, de nature préparatoire, agressive, défensive ou imitative[1] ».

Il semble que les réflexes associatifs s'établissent par l'exercice et représentent l'expérience personnelle de l'individu qui ne cesse de s'étendre, mais diminue avec l'âge et la fatigue de l'organisme. Les réflexes associatifs ne se transmettent pas par l'hérédité, toutefois jusqu'à la limite où nous croyons devoir réserver la compréhension de la notion d'hérédité des caractères acquis ; le moins que l'on puisse dire c'est qu'ils laissent chez les descendants une facilitation (Bahnung des auteurs allemands) une prédisposition à la fixation de réflexes associatifs déjà réalisés par les ascendants. Krasnogorsky a publié quelques observations très intéressantes sur l'étude du processus de la concentration corticale chez l'enfant[2].

Au lieu de la salivation, il se sert de la réaction motrice d'ouverture de la bouche. Il provoque un réflexe associatif-moteur en plaçant dans la bouche de l'enfant de petits gâteaux, après avoir donné l'excitation auditive associée par un métronome battant à 104. En même temps il réalise le réflexe d'inhibition conditionnelle par une sensation tactile légère de la peau, c'est-à-dire que pendant l'irritation auditive due au métronome on donne toujours à l'enfant un petit gâteau sucré, tandis que pendant l'irritation tactile d'un point donné de la peau, l'enfant ne reçoit rien. En fin de compte Krasnogorsky est arrivé à obtenir l'ouverture de la bouche à l'excitation métronomique et la non ouverture ou la fermeture de la bouche à l'excitation tactile de la peau. De plus quand ces deux réflexes, c'est-à-dire, le réflexe métronomique et le réflexe cutané ont été formés définitivement on obtient l'arrêt du premier par le second.

Ce fait une fois établi, Krasnogorsky met en évidence par ses expériences que le processus d'inhibition formé uniquement sur un seul point de la peau peut se généraliser en irradiant sur une région plus ou moins étendue de la peau. Et plus le point irrité de la peau est éloigné du point principal de l'inhibition cutanée, moins longue sera la période d'inhibition.

Par exemple, si l'on irrite un point de la peau éloigné seulement de 3 centimètres du point principal, le réflexe métronomique est inhibé pendant 15 minutes après l'inhibition conditionnelle. Un point distant de 6 centimètres est inhibé seulement pendant 3 minutes. Un point distant de 6 centimètres est inhibé pendant 1 minute. Sur un endroit distant de 24 centimètres l'inhibition n'existait pas plus de 30 secondes.

Après un nombre considérable de renforcements, le point inhibateur se différencie de telle façon qu'on n'obtient plus l'inhibition du réflexe métronomique par l'irritation des points distants. L'inhibition reste concentrée au niveau du point initial.

Ces deux processus fondamentaux de différenciation et de généralisation des réflexes associatifs ont été signalés par W. Bechterew comme étant les principes de toute éducation ou formation de psycho-réflexes.

Nous pouvons le confirmer d'après les données que nous avons observées au cours de nos expériences personnelles.

Cependant la plupart des recherches prudentes furent basées sur une technique et un appareillage assez complexes pour qu'il ne soit pas possible, en dehors d'une organisation de laboratoire spécialisé, d'en envisager l'application immédiate à la pratique neurologique.

1. Bechterew. Scienta décembre 1916.
2. Krasnogorsky. Revue de Médecine 1923, page 301-310.

Poursuivant tout d'abord l'étude des réflexes conditionnels associatifs chez
l'enfant, nous nous sommes, pour les raisons précédentes, heurté à des diffi-
cultés de réalisation telles, que nous avons cru devoir simplifier la technique
de leur recherche.

D'autre part si nous rappelons les recherches de M. Krasnogorsky sur les
réflexes conditionnels de l'enfant dont l'intérêt global est indéniable, elles n'é-
chappent pas à des critiques basées sur la complexité relative du réflexe absolu.

Cet auteur, faisant sonner une clochette avant de donner un biscuit à l'en-
fant étudié, obtient après un certain nombre de séances durant lesquelles
l'excitation est répétée plusieurs fois, l'ouverture de la bouche uniquement
par le son. Or, nous pensons que ce réflexe d'ouverture, ne peut pas être consi-
déré comme pur ou absolu, puisqu'il peut dépendre indiscutablement de l'état
de faim ou de satiété du sujet observé.

Pour s'appuyer à la base sur un réflexe absolu dont on peut par surcroît
préciser graphiquement l'intensité et la durée, nous nous sommes adressé aux
réflexes tendineux, si familiers au neurologiste.

Nous avons choisi ainsi comme réflexe primaire, *le réflexe rotulien*, dont
l'inscription graphique est, par ailleurs, la plus aisée. Comme excitant condi-
tionnel au son, on peut prendre soit un diapason soit un métronome dont on
fixe le rythme des battements. Au début, nous nous sommes servi simplement
d'un diapason ordinaire de musicien (245 vibrations environ par seconde).

Après avoir bien vérifié soit dans la station assise, soit dans le decubitus
dorsal la qualité des réflexes rotuliens du sujet à étudier et même si l'on
dispose d'un appareil enregistreur, après avoir inscrit la courbe de contraction
réflexe du quadriceps, puis vérifié le temps perdu on commencera l'observation.

Il va de soi qu'il est nécessaire d'éviter toutes les causes d'erreurs possibles
inhérentes à de telles recherches. Le sujet est soigneusement isolé de toute
autre excitation susceptible d'inhiber le réflexe c'est-à-dire placé dans une
salle où les bruits extérieurs n'arrivent pas et la tête étant recouverte, afin
d'éviter toute excitation visuelle.

Cette assurance étant prise, et n'ayant pas prévenu le sujet de la recherche
poursuivie, on fait agir synchroniquement la percussion du tendon rotulien
du côté choisi et l'émission de son du diapason ou les battements du métronome.

Ayant ainsi pour chaque séance, répété les excitations environ 20 à 50 fois,
suivant les cas, au rythme de une, toutes les dix secondes environ, en espacant
les séances de vingt-quatre heures, on parvient après un nombre d'excitations
variables suivant l'état psychique du sujet, à provoquer la contraction brusque
du quadriceps par le simple déclanchement des vibrations du diapason. Tel
est le réflexe conditionnel si simple à obtenir que nous avons appelé *tendinéo-
associatif* ou *tendinéo conditionnel.*

Nous avons pu ainsi vérifier au cours de nos premières recherches chez
l'enfant, avec Goldenfoun les lois de formation, de généralisation, de localisa-
tion, de différenciation et d'inhibition des réflexes conditionnels.

C'est ainsi que la première période de l'établissement du réflexe associatif
se caractérise par une généralisation plus ou moins étendue suivant le degré
du développement mental du sujet. Chez certains de nos sujets, la généralisa-
tion de la réaction se traduit seulement par une contraction diffuse de tous
les muscles du membre excité.

Chez certains autres, cette généralisation se manifeste en plus sur le membre
symétrique du côté opposé (non excité).

Chez d'autres encore, la généralisation de la réaction s'étend encore plus
loin : sur les quatre membres, par exemple.

La seconde période de l'établissement des réflexes associatifs se caractérise
par la *localisation de la réaction*. Cette réaction ne s'observe effectivement et
de plus en plus sur une région restreinte. En dernier lieu elle se trouve localisée
sur le membre excité, en provoquant strictement la réponse caractéristique.

La période suivante se manifeste par le *phénomène de différenciation des
excitants conditionnels.* Ces excitants au son très voisins de celui du diapason
(par exemple les différents la donnés au piano) qui étaient susceptibles dans
la période précédente, de déterminer la contraction brusque du quadriceps,
voient peu à peu s'atténuer leur action et seul le la du diapason provoque le
réflexe absolu.

Enfin nous avons pu vérifier l'exactitude du principe d'*inhibition* du réflexe
conditionnel. Par la répétition exagérée de l'excitation conditionnelle au diapa-
son seule, et sans renforcement par une percussion rotulienne, on constate
« l'enrayment », l'inhibition de la contraction quadricipitale.

Appliquant ces données, en neurologie infantile, nous avons pu établir cette
règle que la *formation des réflexes conditionnels associatifs chez les enfants anor-
maux, se fait d'autant plus rapidement que l'enfant est plus arriéré, tandis que la
localisation et la durée de conservation paraissent obéir à une loi inverse* (Cornil
et Goldenfoun).

Dans un autre ordre d'idées, nous avons recueilli des données intéressantes
concernant la formation de ces réflexes dans les états *endocrino-sympatiques.*
C'est ainsi, par exemple, que dans les états hyperthyroïdiens (2 cas) et dans
le goître exophtalmique (4 cas) leur formation était particulièrement rapide
et intense alors qu'au contraire elle était lente dans les hypothyroïdes (2 cas)
et le myxoedème (1 cas).

Dans la tétanie de l'enfant (2 cas) et de l'adulte (2 cas) la formation fut assez
précoce. Mais la généralisation des zones réflexogènes absolues fut plus durable :
toute percussion même loin du tendon rotulien (la tête par exemple) provoquant
la réaction du quadriceps.

Ces données se rapprochent de ce que nous avons constaté enfin dans le
pithiatisme. Là encore la formation fut plus rapide, la généralisation fut plus
prolongée que chez les sujets normaux et la différenciation apparut beaucoup
plus tardivement alors que, fait en apparence paradoxal, l'inhibition nous
parut toujours assez difficile à provoquer.

En ce qui concerne ces derniers faits, malgré la facilité d'une explication
analogique de leur mécanisme permettant de les assimiler aux modalités les
plus élémentaires de la suggestion, nous nous abstiendrons pour le moment
d'en présenter l'interprétation. Si nous croyons qu'ils peuvent être d'une valeur
sémiologique indéniable dans une tentative d'analyse des manifestations
psycho-motrices de certaines psychonévroses, nous pensons aussi que de nom-
breux documents sont nécessaires pour éclairer ce problème pathogénique
complexe. Les nuances et les subtilités psychologiques à elles seules ne suffisent
pas pour comprendre des faits qui se passent dans le domaine du « moi profond »
suivant l'expression heureuse de M. Laignel-Lavastine, et qui se jouent sur
des plans conjugués, subordonnés à l'impulsion de trois dominantes indisso-
lubles : l'émotion, la mythomanie et l'automatisme.

Il n'en reste pas moins que les constatations que nous avons faites même
fragmentaires, justifient, pensons-nous, l'intérêt doctrinal et pratique d'une
méthode dynamique pleine d'avenir. Elle doit, par la simplicité que nous avons
proposée prendre désormais sa place dans tout examen neuro-psychiatrique
de l'enfant.

Discussion des rapports de Psychiatrle générale

M. le Professeur HAMBURGER (de Vienne).

Die Menschen haben seit Jahrtausenden den Bedingungsreflex bei der Erziehung praktisch verwendet. Was wir Erfahrung nennen ist gleich bedeutend mit der Verwertung von Bedingungsreflexen. Die Bedeutung der individuellen Constitution wurde heut zu wenig berücksichtigt. Es giebt keinen Bedingungsreflex, der nicht ursprünglich ein unbedingter Reflex war ; unbedingt d. h. durch die individuelle Constitution Zwangstäufig ursprünglich, dann gewohnheitlich fixiert.

Von Bedeutung sind die Perioden, auf die Herr *Dublineau* aufmerksam gemacht. Nach der Lehre vom Symogenen Automatismus ist die Stimmung, in der sich das Kind befindet, auschlaggebend. Das Kind, in die richtige Stimmung zu bringen, ist eine der Hauptaufgaben der Erziehung.

Herr Ischlondsky hat recht, wenn er von den Gebrauch wichtiger Worte spricht. Wie soll ein Kind gut und böse von einander unter-scheiden lernen, wenn es als « böse » gilt nicht zu essen, seine Schwester zu schlagen, als gut, wenn es « isst oder seiner Schwester ein Spielzeug überlasst ».

Communications de Psychiatrie générale

La schizophrénie chez les enfants

PAR

le Docteur J. LOUISE DESPERT (de New-York)

La schizophrénie chez les enfants est une maladie beaucoup moins rare qu'on ne l'a cru pendant longtemps. Les rapports de Ssucharewa et de Grebelskaja-Albatz sur des séries, l'une d'enfants de moins de 8 ans, l'autre d'enfants de 7 à 17 ans en font preuve. A notre sens, l'étude de la schizophrénie infantile devrait se limiter aux sujets de moins de 13 ans. Le présent rapport a trait à une série de 29 enfants admis à l'Institut Psychiatrique de New-York depuis 1930, et dont la plupart ont été suivis par nous pendant une période allant de 1 an et demi à 6 ans.

9 enfants, dont 8 garçons et 1 fille, avaient moins de 7 ans lors de leur admission. Les 20 autres, 15 garçons et 5 filles, avaient de 7 à 13 ans. Cette statistique, comme d'ailleurs celle de Grebelskaja fait ressortir que l'indice de fréquence entre les garçons et les filles diminue à mesure que l'âge augmente jusqu'à la période de 17 à 25 ans, période à laquelle l'indice devient identique à celui des adultes.

Puisqu'il nous est impossible d'entrer ici dans les détails cliniques de la schizophrénie, nous dirons simplement que nous en retenons la définition la moins contestable : c'est-à-dire un processus dépendant d'une perte de contact avec la réalité par l'apparition d'une pensée autistique entraînant des phénomènes de régression et de dissociation.

Si l'on considère la période de début de la maladie, on constate que 18 cas ont débuté avant 7 ans. Quant aux caractéristiques de la période de début, nous avons réparti la série en 3 groupes : 1° début aigu, 2° début insidieux, 3° début insidieux, suivi d'un accident aigu, généralement précipité par un facteur exogène défini.

Du point de vue de l'évolution de la maladie, nous avons pu répartir les malades en 3 groupes ainsi qu'il suit : parmi les 7 malades du 1er groupe, 6 ont évolué rapidement vers la démence et chez le 7e, la progression initiale des symptômes a été suivie de résolution partielle et d'une adaptation relative inférieure au niveau ideo-affectif initial ; dans le 2e groupe de 16 cas, nous en avons rencontré 3 où la maladie a évolué rapidement vers la démence, puis 12 cas où l'évolution a été chronique, sans exacerbation, mais avec une diminution ultime de la capacité idéo-affective, et enfin un cas dont l'évolution a été chronique avec exacerbation ; dans le 3e groupe de 6 cas, 2 ont fait une

rémission avec adaptation subséquente relative, 3 ont progressé, non vers la démence, mais vers un affaiblissement marqué de la capacité idéo-affective, et enfin le dernier a évolué rapidement vers la démence.

Permettez-moi de donner très rapidement la description d'un cas clinique illustrant le premier groupe de malades. Un garçon unique, élevé dans une famille riche, et très attaché à une nurse personnelle, s'est développé normalement jusqu'à l'âge de 3 ans et demi. Pas de tare héréditaire. La mère est une femme agressive, et montre une sollicitude excessive envers l'enfant. Lorsque l'enfant a atteint 3 ans et demi, la situation du père s'écroule soudain. L'enfant perd en sa nurse le contact affectif qui lui était indispensable. La famille habite dès lors avec les grands-parents dans un appartement très réduit. Cet enfant avait l'habitude d'être conduit au parc tous les jours par sa nurse et, deux jours après le changement de résidence, alors qu'il passait près de cet endroit favori, il a sa première attaque de rage, laquelle continue jusqu'à ce qu'on l'ait ramené à l'endroit où il jouait d'habitude. Ce soir-là, on remarque qu'il ne s'intéresse plus à son ambiance et qu'il marmotte presque indistinctement des mots : « le petit garçon dans le parc ». Pendant les quelques jours qui suivent, le contact avec la réalité extérieure diminue progressivement de sorte que bientôt il en est tout à fait abstrait, il n'émet plus que des mots inarticulés, son sommeil est troublé, et il s'éveille brusquement avec des accès de rire inexplicables. Un médecin qui l'a vu à cette époque fait le diagnostic d'une affection nerveuse indéterminée. Aucun signe physique n'est noté. 15 jours après, on l'amène à l'Institut Neurologique où un changement brusque a lieu. Il devient mutiste, tombe dans la stupeur, se masturbe continuellement, et réagit par des périodes d'excitation violente à des hallucinations auditives et visuelles. En 6 semaines, le syndrome psychotique a atteint son développement complet. Peu de temps après, l'enfant est admis à l'Institut Psychiatrique où les symptômes persistent. Environ 2 mois après l'admission, il a un accident catatonique typique : attitude et postures rigides gardées pendant de longues périodes, refus de manger, mutisme total, incontinence. Ensuite, les symptômes ont quelque peu varié. De mois en mois, il y a même eu une période d'amélioration légère de quelques mois, pendant laquelle il était un peu plus en contact avec la réalité. Toutefois dans l'ensemble, la réaction schizophrénique persistait, avec alternance de rigidité et mutisme, de réactions hallucinatoires actives, d'excitation catatonique et de destructivité, et enfin l'autisme total. Plus tard, il a développé des compulsions sévères. Nous l'avons observé à l'Institut Psychiatrique pendant 3 ans. A l'heure actuelle, il a 10 ans et il est interné dans un asile et le rapport le plus récent, qui date seulement de quelques mois, le décrit comme dément. Au cours de ces années, il a continué d'être mutiste, sauf pour quelques sons inintelligibles, et plusieurs mots qu'il prononce distinctement, dont le mot « parc ». Son niveau mental, d'après l'échelle de Binet-Simon, a été estimé à 40, alors que dans la période d'amélioration notée ci-dessus, il était à 114. On cherche en vain dans l'anamnèse des anomalies de développement, sauf celle assez singulière du développement du langage. A l'âge de 2 ans, cet enfant avait une capacité au-dessus de la normale, de retenir les mots et de s'en servir d'une manière mécanique, une dissociation entre le langage-signe et le langage-fonction qu'on retrouve dans l'anamnèse d'une grande partie des enfants observés. Il semble clair que le changement soudain et profond effectué dans les relations sociales et affectives de cet enfant, particulièrement en ce qui concerne le départ de la nurse, ait joué un rôle considérable dans la perte de contact avec le réel et la régression rapportée ici.

La symptomatologie diffère selon qu'on considère le groupe auquel appar-

tiennent les enfants, ainsi que leur âge. L'anxiété aiguë, considérée du point de vue du pronostic, contrairement à ce qu'on observe chez les adultes, est un signe défavorable. Parmi les 11 cas accompagnés d'anxiété aiguë au début, 10 ont évolué rapidement vers la démence ou l'affaiblissement marqué de l'état idéo-affectif. En ce qui concerne les hallucinations, elles ne sont exprimées verbalement que par les plus âgés des jeunes patients, mais néanmoins, on les observe aussi chez les enfants plus jeunes. Dans 8 des cas observés, des hallucinations visuelles et auditives étaient exprimées, dans 3, des hallucinations auditives seules, dans 1 cas, des hallucinations gustatives, et dans 4 cas, on notait des réactions actives à des hallucinations non exprimées verbalement. Le délire de persécution était présent dans 9 cas, dont tous sauf un garçon de 5 ans et demi concernaient des enfants au-dessus de 10 ans. Dans 7 de ces 9 cas, on notait une anxiété aiguë associée au délire de persécution ; des délires somatiques étaient exprimés par 4 garçons de plus de 11 ans ; des tentatives d'automutilation grave se sont produites chez 4 enfants : l'un cherchait à s'étrangler, un autre s'acharnait tantôt à tenter de se fendre le crâne en se projetant à terre des points les plus élevés, tantôt à s'arracher profondément les chairs avec ses ongles. La masturbation semble être beaucoup plus fréquente que chez les adultes : dans 14 des cas, elle était presque continue, sans honte ni dissimulation. Le mutisme est un symptôme capital de la schizophrénie chez les enfants les plus jeunes ; ainsi il était présent chez 7 sujets dont 6 avaient moins de 7 ans ; 5 d'entre eux appartenaient au 1[er] groupe et 2 au 3[e]. Le mutisme n'est pas aussi absolu que chez les adultes, et chez tous, on notait à de longs intervalles du marmottement et même, au cours d'une grande agitation, de la parole articulée. La régression, surtout chez les très jeunes enfants, s'exprime aussi par un retour à des formes de conduite très primitives : ils se souillent, manipulent leurs matières fécales et leurs crachats, et vont jusqu'à manger des ordures. Quant au contact affectif avec l'ambiance, ou il disparait, ou il est représenté par des poussées impulsives et en apparence non motivées. Lorsqu'une amélioration se produit, elle se manifeste d'abord dans le comportement, même si les symptômes mentaux ou affectifs ne montrent que peu ou pas de changement.

Chez les enfants au-dessus de 7 ans, alors même que les symptômes sont semblables en nature à ceux observés chez les adultes, on note une fluidité et une variabilité extrêmes. Dans la majorité des cas, il semble impossible de faire un diagnostic positif de schizophrénie de tel type à l'exclusion des autres, puisque des caractéristiques catatoniques, hébéphréniques et paranoïdes s'observent chez le même sujet dans une succession rapide. A coup sûr, chez les enfants de moins de 10 ans, on ne peut parler que d'un processus schizophrénique avec prédominance de certaines tendances : dans la série des cas aigus, ce sont les phénomènes catatoniques qui prédominent, ensuite viennent les caractéristiques hébéphréniques, finalement les tendances paranoïdes sont, non seulement les moins fréquentes, mais aussi celles qu'on observe chez les enfants les plus âgés.

Quand on examine les antécédents de ces enfants, on note que ceux du 2[e] groupe, c'est-à-dire les cas à début insidieux et évolution chronique, ont une tare héréditaire très lourde par comparaison avec celle des cas à début aigu et évolution rapide. Ces constatations sont en accord avec celles de Grebelskaja et de Ssucharewa. 6 des 16 malades du 2[e] groupe ont des antécédents psychotiques, souvent multiples pour le même sujet, dans la ligne collatérale, et dans un cas, dans la ligne directe. L'alcool, dans les antécédents directs ou collatéraux, joue aussi un rôle dans 4 cas du 2[e] groupe. Dans un seul cas, on relève

la syphilis dans les antécédents, et d'autre part, tous les enfants observés ont une réaction de Wassermann négative. La tuberculose est démontrable dans 4 cas sur les 29. Quant aux antécédents névrosiques, on les relève dans tous les cas sauf 3.

L'étude de la personnalité des parents fait ressortir un point important. Dans 19 cas sur 29, les parents sont d'un type bien défini : la mère agressive, anxieuse, d'une sollicitude excessive, tandis que le père joue un rôle très effacé. Cette constatation est d'un grand intérêt si l'on ne perd pas de vue deux autres observations : 1° les enfants admis au-dessous de 7 ans sont dans la proportion de 8 garçons et 1 fille, — nous faisons allusion ici au transfert de la relation affective de la mère au père qui a lieu entre 2 et 5 ans et qui dans ces circonstances devient difficile pour les garçons ; 2° sur les 29 cas, 19 sont d'origine israélite des deux côtés, et parmi ceux-ci 14 sont des israélites russes. Il est possible que la structure familiale, matriarcale plutôt que patriarcale, explique la prédominance de la mère.

En ce qui concerne les facteurs qui ont précipité la maladie, on en décèle très nettement dans tous les cas sauf un du 1er groupe, tous les cas sauf un du 3e groupe, alors que dans le 2e groupe 3 cas seulement en révèlent. Changement de résidence, mort ou séparation d'un être aimé, traumat psychique provoqué par la vue d'un film terrifiant, intervention chirurgicale bénigne sont parmi les facteurs les plus fréquents. La jalousie fraternelle a été démontrée dans 8 des 29 cas.

La personnalité prémorbide présente les points suivants : dans le 1er et le 2e groupe, c'est le caractère normal qui prédomine, alors que dans le 2e groupe, les chroniques, on note des troubles du caractère avant que la maladie ne soit nettement déclarée. Ces troubles sont d'ordre schizoïdes : l'enfant est insociable, se replie sur lui-même, a tendance à la rêverie, est irritable, quelquefois hyperactif ou agressif, craint les contacts affectifs nouveaux, s'enferme dans un monde à soi.

Un fait sur lequel nous voudrions attirer l'attention est la fréquence d'une anomalie du développement du langage qu'on pourrait dénommer dissociation entre le langage-signe et le langage-fonction. Finalement, un autre point mérite d'être considéré, c'est le niveau intellectuel : on constate que celui-ci, déjà variable d'un cas à l'autre, varie aussi en raison de l'évolution de la maladie : les quotas inférieurs sont obtenus au cours des phases de régression alors qu'ils sont constants dans les cas chroniques sans exacerbation.

Pour conclure, nous croyons qu'en réalité la schizophrénie chez l'enfant n'est pas aussi rare qu'on le croit communément. L'anamnèse de quelques-uns de ceux classés dans les différentes catégories de l'arriération mentale nous le démontrerait. Mais il arrive bien souvent que ces sujets puissent conserver longtemps, à la suite du traumatisme affectif déclenchant, la possibilité de rester dans leur milieu, de continuer même leur scolarité. Ils ne sont parfois vus par le médecin qualifié que lorsqu'ils sont devenus des pseudo-imbéciles ou des pseudo-idiots, alors qu'en réalité ils sont des schizophrènes authentiques parvenus au stade de démence.

Tests diagnostiques

PAR

Madame CHARLOTTE BUHLER (de Vienne)

Die *Wiener Entwicklungstests*, deren diagnostische Leistungsfähigkeit ich an einigen konkreten Fällen beschreiben will, sind Tests, in denen sowohl das *Verhalten* wie gewisse *Leistungen* von Kindern und Jugendlichen geprüft werden. Die Grundlage der Tests bilden alle Tatsachen, welche die moderne Kinderpsychologie in Experimenten und systematischen Beobachtungen über die Entwicklung in Kindheit und Jugend zu Tage gefördert hat. Aus der Fülle von Tatsachen, die über die Entwicklung des Verhaltens und der Leistungen in Kindheit und Jugend heute feststehen, wurden für *die Standardisation der Wiener Entwicklungstests im Unterschied zu anderen Testreihen und Testsystemen Tatsachen unter folgenden Gesichtspunkten zusammengestellt* :

1. Als Testaufgaben sollten grundsätzlich nur solche Verhaltungsweisen und Leistungen herangezogen werden, von denen feststand, dass sie einen *wesentlichen* und *möglichst allgemein auftretenden Entwicklungsschritt* kennzeichneten.

2. Für die Aufstellung der Tests sollten *alle Lebensgebiete* des Kindes berücksichtigt werden, damit das *Entwicklungsniveau der Gesamtpersönlichkeit* des Kindes bestimmt werden konnte. Zu diesem Zweck wurden die über die kindliche und jugendliche Entwicklung bekannten Tatsachen tentativ in folgende Gruppen geteilt : 1. *Wahrnehmungsleistungen*; 2. *Körperbeherrschung*, d.h.Körperbewegungen, Körperhaltung und Geschicklichkeitsleistungen ; 3. *Soziales Verhalten*, d.h. alle Reaktionen auf andere Menschen ; 4. *Gedächtnisleistungen* ; 5. unterschieden davon *Intelligenzleistungen*, im Sinne von Beziehungserfassen und Problemlösen ; 6. *Betätigung an Material*, d.h. spielendes, herstellendes und sonstiges Manipulieren mit Materialien und Dingen vom Schwingen der Klapper beim Säugling bis zur Näharbeit eines jungen Mädchens ; 7. *Wertendes Verhalten* in Form von Kritik und Selbstkritik sowie Beurteilung von Lebenswerten aller Art.

Der Test besteht darin, dass das Kind in irgend einer Situation, meist vor irgend ein Material oder in eine Spiel und Arbeitssituation mit anderen so gestellt wird, dass sein alltägliches Verhalten dadurch ausgelöst und beobachtbar wird. Das Resultat besteht darin, dass gemessen an einem Standard das Verhalten eines einzelnen Kindes als *verfrüht* oder *verspätet* oder als von dem *normalen abweichend* bestimmt werden kann. Das Gesamtresultat kann quantitativ in einem *Entwicklungsquotienten* zusammengefasst werden. Wesentlicher ist aber die Darstellung des *Entwicklungsniveaus* in einem Profil, dass die *Korrelation der Entwicklung in den verschiedenen Dimensionen* anzeigt. Weit ergiebiger für die Diagnose als die Feststellung der Entwicklungshöhe ein-

zelner Leistungen oder Verhaltensweisen ist nämlich die Betrachtung der Korrelation der Verhaltensweisen zueinander.

Ich will das nun an Beispielen demonstrieren und zwar an einigen Hauptproblemen, vor welche die Diagnose in der Beurteilung schwieriger, auffälliger oder dem Leben irgendwie nicht angepasster Kinder gestellt ist.

1. — Es gibt *normale Schwierigkeiten*, die durch eine Entwicklungsphase und normale Entwicklungskrise bedingt sind wie der normale Trotz des 2-4 Jährige, der normale Negativismus in der Pubertät, die normalen Probleme des Klimakteriums, die von den *pathologischen Schwierigkeiten* des Neurotikers, z.B. negativistischen Kind unterschieden werden müssen. Die Unterscheidung ist deswegen wichtig, weil die normale Schwiereigkeit einer rein pädagogischen Behandlung, die neurotische jedoch einer Psychotherapie zugeführt werden muss.

Beispiele :

Normaler Trotz — neurotischer Trotz
Isabel — *Stephen*
Profile

Kriterien der Diagnose

2. — Der neurotische Mensch kommt zu seiner Lebensschwierigkeit, wie man heute allgemein annimmt, teilweise infolge gewisser eigener *Dispositionen*, teilweise infolge irgendwelcher ungünstiger *Einwirkungen der Umgebung*. Die Struktur des relativ reiferen Intellekts in Korrelation mit einer relativ unreiferens Sozialität ist eine solche Disposition. Es gibt aber noch andere, die durch unsere Tests genauer erkennbar werden. Ein Beispiel soll dies illustrieren. LISL IST ein 6 jähriges Mädchen, die wegen ihrer Esschwierigkeiten zu uns gebracht wird. Sie isst ungewöhnlich langsam und erbricht sich neuerdings häufig beim Essen. Schon als Säugling hatte man mit dem Kind Fütrerungsschwierigkeiten. Die Milch musste abgepumpt werden, weil sie an der Brust nicht trank. Als sie feste Nahrung bekam, ass sie von Anfang an ungeheuer langsam und behielt das Essen oft lange in der Wange, ehe sie es fertig kaute.

Die Untersuchung der häuslichen Situation ergibt eine für das Kind sehr ungünstige Konstellation dadurch, dass der Vater in einer sehr beengten Wohnung als Zeichner zu Haus arbeitet und durch die lang ausgedehnten Mahlzeiten des Kindes sehr nervös wird, es schilt, mahnt und auf jede Weise seinen Aerger zeigt. Ferner eine Mutter, die ausgesprochen unzärtlich mit dem Kind ist und sich für das Kind nicht wirklich warm einsetzt und interessiert.

Liebesmangel seitens der Eltern ist also zweifellos der negative Umweltfaktor,

---

1. In the normal obstinacy period, the child will frequently refuse, with a *direct "no" to respond to requests* ; will refuse to do what we urge hin to do, especially when he is occupied with an activity planned by himself. Outbreaks of temper may occur when the child is forced against his will. This period will last for a few weeks or months and *does not occur after four years*, as it is psychologically connected with the early development of will.

2. In the neurotic obstinacy case, the child will *avoid contact* with people (e.g., will *not look into their* eyes, will not answer at all, will turn away, etc.) ; when requested to do something, *he will do something else instead*, even if he was not busy before ; he does things to *annoy* people without actual reason (throws things down, watches how people react, etc.) ; he transfers his opposition, e.g., to objects which he treats badly ; the behaviour will be continually the same and somewhat *stereotyped*. It will last longer than weeks or months and will be found also after the fourth year.

Rachewünsche seitens des Kindes werden in verschiedenen Spielen manifest, das Kind spielt Totfahren und Töten, spielt ein Spiel vom Kasper, der sich freut, dass die Mutter tot ist usw.

Nun ist aber die Frage, warum gerade im Essen der Kampf mit den Eltern ausgefochten wird. Schon von Anfang seines Lebens an machte dies Kind ja Esschwierigkeiten, saugte nicht und kaute nicht ordentlich. Damals kann ja das Umgebungsmoment sich noch nicht gleich so drastisch ausgewirkt haben. Es muss damals offenbar eine Disposition seitens des Kindes vorgelegen haben, sich so zu benehmen.

Wir testen das Kind und finden nun das *folgende Profil*. Es zeigt uns bei *normaler Intelligenz*, ausserordentlicher Willigkeit und Geduld in herstellender Tätigkeit eine gewisse Schwäche in der Beherrschung der Motorik. Das *Kind ist ungeschickt und ungeheuer langsam in der Bewegung*. *In dieser kleinen Defizienz*, die eine liebevolle Mutter durch Geduld und Anleitungen des Kindes überwunden hätte, setzt sich nun, infolge mangelnder erzieherischer Hingabe die Neurose fest.

An solchen kleinen Defizienzen, die zu gering sind, um für den Arzt eine Rolle zu spielen, die nicht Defekte sondern Unbegabungen sind, haben wir eine ganze Reihe in enger Beziehung mit neurotischen Erscheinungen festgestellt ; vor allem folgende : *Langsamkeit* und *motorisches Ungeschick*, begabung in der Fähigkeit sich *Dinge vorzustellen*, Unfähigkeit, methodisch und *organisiert* in seinen Betätigungen vorzugehen usw. Während bisher die Psychotherapie im wesentlichen auf die Behebung der Schwierigkeiten der Lebensanpassung und Lebenseinstellung einer Person einging, befassen wir uns nun auf Grund unserer Diagnosen mit der Behebung oder Besserung dieser Defizienzen, deren präzise Erfassung durch unsere Testmethode möglich ist.

3. — *Unreife und Unbegabung*. Ein drittes Problem. HELMUTH ist ein 11 jähriger Junge, der in der Schule die allergrössten Schwierigkeiten hat. Er ist in der 2. Klasse der Mittelschule, hat Nachhilfestunden in allen Hauptfächern, es ist trotzdem zweifelhaft, ob er das Klassenziel erreicht und sein Vater, ein sehr hoher Beamter ist in Verzweiflung. "Ist der Junge denn wirklich so unterbegabt oder was ist los?" Helmuth wird getestet und schneidet hei allen Intelligenztests überdurchschnittlich ab. Vom Standpunkt der Begabung müsste er spielend seine Schularbeit bewältigen. Aber sie *interessiert* ihn eben überhaupt nicht, er findet tausend Gründe, um sich ihr zu entziehen und ist nur glücklich, wenn er von der Schule nichts sieht und hört. Warum? Die Tests zeigen uns ein Kind, das mit Leidenschaft und ausserordentlicher Phantasiebegabung spielt und in allen Betätigungen exzelliert, in denen technische Hantierung und Märchenerfindung sich verbinden lassen. Dieses Kind ist intellektuell begabt, aber geistig unreif für die Aufgaben, für welche die Schule auf dieser Stufe sein Interesse verlangt und man kann mit Sicherheit voraussagen, dass, wenn man ihn sich selbst überlässt, er in einiger Zeit sich spontan anders zur Schularbeit einstellen wird.

4. — *Schwachsinn*. Eine sehr frühe Diagnose des Schwachsinns ist von grosser praktischer Bedeutung. Denn Schwachsinnigen kann man bekanntlich, je früher Schwachsinn entdeckt wird, umso durchgreifender entweder mit medizinischen Eingriffen oder mit frühzeitiger Heilpädagogik helfen. Gewöhnlich wird Schwachsinn, wenn es sich nicht um ganz krasse Formen der Idiotie handelt, kaum vor dem 2.—3j Lebensjahr entdeckt, wen das Kind noch immer nicht spricht und nicht läuft. Die Medizin besitzt für leichtere Schwachsinnsgrade, speziell für Grenzfälle keine sicheren diagnostischen Me-

thoden bei sehr jungen Kindern. Unsere Tests haben sich auch hier mit grosser Zuverlässigkeit bewährt, indem sie uns erlauben, schon am Ende des 1. Lebensjahres Schwachsinn zu diagnostizieren. Ich will das an einigen Profilen demonstrieren, an denen besonders deutlich auch der *Unterschied des debilen vom verwahrlosten Säugling* herauskommt.

Ich zeige drei *verwahrloste* im Elend aufwachsende Einjahrskinder :

Bertha H. 0 ; 11, zwar in allen von der Pflege abhängigen Belangen rückständig, aber geistig völlig altersentsprechend.

Herbert S, 1 ; 0 zeigt einen gleichmässigen Rückstand auf allen Gebieten, ist also in seiner Gesamtentwicklung durch die Verwahrlosung verzögert.

Viktoria M, 0 ; 11 schliesslich zeigt einen deutlichen Schwachsinn, der überhaupt nicht auf äussere Einflüsse zurückzuführen ist.

Anton 0 ; 11 Sehr wichtig, solchen Grenzfall richtig zu erkennen, stark unterbegabt, Uebung !!

Am *verwahrlosten Kind* ist der grosse Unterschied gegenüber dem debilen, dass es sich noch *innerhalb* der Testsituation verändert, weil es nämlich rapid lernt und von den dargebotenen, bisher mangelnden Gelegenheiten zur Uebung gierig Gebrauch macht. Die Unterscheidung des verwahrlosten gegenüber dem debilen Kind ist besonders in *Adoptivfällen* von Lebenswichtigkeit für Kind und Eltern.

Ich schliesse ab. In grosser Kürze habe ich versucht zu zeigen, dass wir in dem Wiener Testsystem ein Präzisionsinstrument von grosser Leistungsfähigkeit entwickelt zu haben glauben, durch die Persönlichkeitsdiagnose und Diagnose von Fehleentwicklungen verschiedenster Art vor allem schon in einem sehr frühen Stadium mit detaillierter Bestimmung von Ausfällen und Fähigkeiten möglich ist.

Discussion. — M. le Professeur HAMBURGER (Vienne).

Vor Überschätzung von Testurelhaden ist zu warnen. Jeder fall muss öfter und immer im Zusammenhang mit allen das Kind umgebenden Personen studiert werden. Die frühzeitige Erkennung von Intelligenzdefecten ist gar nicht wünschenswert. Damit ist bis zum Schulalter Zeit.

The Cyclic Interrelationship of Juvenile Neuropathic Traits and the Adult Tension Character in Successive Generations. A Study in Pseudoheredity.

PAR

par M. le Dr A. W. HACKFIELD, M. D.
(de Seattle, Washington, U. S. A.)

Both in child and adult psychiatry as well as in mental hygiene emphasis has been placed on the socio-environmental factors in a consideration of the etiology of the mental diseases and conduct disorders. This approach is too limited and considers only one level of function of the orgamism. This study attempts to show the role of the socio-environmental factor with a corresponding prophylaxis as equally operative in the so-called constitutional disorders.

Clinical experience and specific investigations have shown that such constitutional disorders as essential hypertension, angina pectoris, exophthalmic goitre (Grave's Syndrome), duodenal ulcer, spastic colitis, schizophrenia, alcoholism and morphinism represent not clinical entities. They are symptom manifestations of an emotional instability expressed on an organic level, etiologically related and with an interchangeable symptomatology by the mechanism of displacement. These facts place the constitutional disorders within the category of neuropathic disharmonies (psychoneuroses). The literature covering this subject matter is extensive. Similar investigations and clinical experience have shown that neuropathic traits in siblings, such as enuresis, biting of fingernails, parvor nocturnis, speech impediments, the eczema-prurigo-asthma complex are the symptomatic expression of an emotional instability in a juvenile tension character. *Michaels* and *Goodman* conclude that the persistance of enuresis with advancing years is an important indicator of some "nervous" instability. *Bridges* and *Bridges* found a distinct difference in the presence of neuropathic traits between a group of delinquents and a group of unselected subjects. *Schroeder* concluded that enuresis in adolescence was closely related to the psychoneuroses. *Rogerson* demonstrated a genetic relationship between environment (parental pattern) and the eczema-prurigo-asthma complex, thus predicating a psychogenetic etiology. And broad clinical experience further attests to the psychogenesis of the juvenile neuropathic traits in that removal of the subject from the offensive environment causes the symptom immediately to disappear and to re-appear with return to the former circumstances.

The neuropathic (psychoneurotic) character represents a rather elusive

entity, difficult of objective measurement and intelligible only through extensive qualitative analysis. However, if the psychogenic character of these objective symptoms is granted, then we have established precise indexes which permit registration and tabulation capable of statistical analysis. With these facts as a working hypothesis, further clinical experience and observation disclosed : (A) That the adult tension character manifesting constitutional symptoms (on the organic level) tended to produce a similar tension character with associated neuropathic traits in their siblings ; (B) that such a tension character tends to persist within the same individual into adulthood, again manifesting constitutional symptoms, thus perpetuating a vicious cycle.

EXPERIMENTAL DATA

In clinical practice these observations tended to recur so frequently and with such constancy that the following two groups were selected for further experimental study. As experimental evidence for hypothesis A were selected 101 children, mostly boys, between the ages of 8-14 years, from a summer camp. Their parents were of the lower social strata, for the most part unemployed. This group was studied as to the presence or absence of neuropathic traits (utilizing only those previously enumerated) in each subject. Then an investigation was made as to the presence at any time of any of the *previously enumerated* adult constitutional symtoms in one or both of his parents. As experimental evidence of both hypotheses A and B were chosen 100 adults of the upper social strata. It was a mixed group with a predominence of the female sex, mostly college graduates, all gainfully employed. These subjects all had training in mental hygiene and the data was obtained from personal analysis of the subject. This group was similarly investigated as to the presence at any time in one or both of their parents of a constitutional symptom or symptoms. The findings were tabulated as follows : If at least one of the parents manifested one or several of the constitutional symptoms, then the class "parents" was marked as positive, if to the contrary, as negative ; if one or several of the children of such parents manifested neuropathic traits, the class "children" was marked as positive, if to the contrary, as negative.

EXPERIMENTAL RESULTS

Hypothesis A. In families where one or both parents manifest one or several constitutional symptoms (evidence of the presence in them of a psychoneurotic disposition) there is a strong tendency that one or several of the siblings do manifest neuropathic traits (evidence of the already existing psychoneurotic disposition in the siblings). The distribution in the 101 children according to this criterion was as follows :

Classification	Number
Parents + Children +	49
Parents + Children —	10
Parents — Children +	13
Parents — Children —	29
Total	100

The distribution among the 100 adults according to this criterion was as follows :

Classification	Number
Parents + Children +	68
Parents + Children —	8
Parents — Children +	17
Parents — Children —	7
Total	100

Hypothesis B. If an individual manisfested neuropathic traits during childhood, there is a strong tendency that he develops constitutional symptoms during adulthood. The distribution among the 100 adult according to this criterion were as follows :

Classification	Number
Childhood + Adulthood +	61
Childhood + Adulthood —	11
Childhood — Adulthood +	14
Childhood — Adulthood —	14
Total	100

The clinical observations were submitted to a statiscian (Mr. Mark Odel, Bureau of Statistics and Research, Department of Social Security, State of Washington, Olympia, Washington) for analysis. Using as a measure of the relationship the formula

$$X^2 = \frac{n\,(ad-bc)^2}{(a+b)\,(c+d)\,(a+c)\,(b+d)}$$

where N equals the total number in the group ; a, b, c, d the number in the following boxes :

Parents	Children: negative	Children: positive
positive	a	b
negative	c	d

Parents	Children: negative	Children: positive
Positive	a	b
Negative	c	d

The statistical results were :

Hypothesis A

For the 101 children X^2 equals 27.816

For the 100 adults X^2 equals 4.072

Hypothesis B

For the 100 adults X^2 equals 12.947
In the evaluation of the results any number over 7 indicates a significant relationship.

COMMENTS

These samples subjected to statistical study tend to bear out the hypotheses constructed on clinical observation. It is interesting to note that the relationship for hypothesis A is far more significant for the group selected from the lowest economic and social strata as compared with the group of the better class. In part the low figure for the group of 100 adults in hypothesis A becomes intelligible when we consider that here in the investigation of the adult patients the information regarding *their parents* was obtained through subjective analysis and dependent on their memory and interpretation. These facts could not be checked objectively, because in many instances the parents were dead. Furthermore, professional ethics prevented the checking ot records. For this resson I have disgarded this material. On the other hand, the figure for the 100 adults for hypothesis B reveals a significant relationship. Of all the patients who gave a history of neuropathic traits during childhood a large proportion today disclosed the presence of constitutional symptoms of the type utilized as indexes. It is appreciated that the representatives of the samples were relatively small and therefore no generalizations applicable to the population can be advanced. Nevertheless, the observations which lead to the selection of the samples for study were gained from clinical observations based on material representative of the general population. These samples when subjected to statistical investigation proved a significant relationship which represents a double check. This study then would indicate that a definite relationship exists between the psychoneurotic tension character manifesting constitutional symptoms and the development of neuropathic traits (indicative of a juvenile neurotic tension character) in the siblings and between the presence of such neuropathic traits during childhood and the later development of constitutional symptoms during adulthood.

The psychophysiology and psychopathology of the psychoneurotic tension character and the dynamics operative in the mechanism of displacement in the etiology of the constitutional symptoms cannot be entered into here. They have been indicated *by me in other* communications and sufficiently attested to by other investigators. Furthermore, it would be interesting to speculate why psychoneurotic children in one instance develop neuropathic traits and in others a conduct disorder, but usually there is overlapping. This study merely aims to present evidence that a relationship exists and that further extensive investigation is necessary. Should these preliminary findings be corroborated, then prophylactic measures now in vogue in the control of delinquency and mental disease will be equally applicable in the control of the constitutional disorders. ***As a preliminary comment it may be said that any child suffering from a demonstrable neuropathic trait with advancing age even in the absence of a conduct disorder should be subjected to mental hygiene measures irrespective.***

Another interesting clinical observation which needs to be investigated intensively and statistically checked but which seemed quite evident upon

repeated experience in this study was that there existed no correlation between the type of constitutional symptoms in parents, the type of neuropathic traits in children, and the type of constitutional symptoms that such same children developed during adulthood in successive generations. In other words, this study does not disclose any evidence of Mendelian heredity. The mechanism of transmission is on the basis of environmental association and the influence such relation has on the integration of the aggressive tendencies, especially during the period of socialization (usually considered up to about grammar school age). That is why neuropathic traits persisting with advancing age are of more ominous nature. In other words, a parent suffering from hypertension may produce a sibling who may develop a schizophrenia or any other constitutional syndrome or vice versa. With this in mind, and there is already considerable evidence in the literature in support of this contention, it is of monumental importance that such research should be stressed. At present sterilization of schizophrenic and alcoholic parents is practiced on the assumption that only pure Mendelian hereditary principles are operative with a complete disregard of the environmental influence in the transmission of the constitutional syndromes.

BIBLIOGRAPHY

1. BRIDGES, J. W. and Bridges, K.M.B. : A Physiological Study of Juvenile Delinquency by Group Methods, Gen. Psych. Mon. 1 : 411, 1926.

2. HACKFIELD, A.W. : An Objective Interpretation by the Rorschach Test of the Psychobiological Structure Underlying Schizophrenia, Essential Hypertension, Grave's Syndrome, etc. Amer. Journ. of Psychiatry, 92 : 575, 1935. (With a review of literature).

   HACKFIELD, A.W. : The Significance of Juvenile Neuropathic Traits Amer. J. of Orthopsych. 6 : 79, 1936.

3. MICHAELS, Joseph j. and Goodman, Sylvia A., Incidence and Correlations of Enuresis and Other Neuropathic Traits in Socalled Normal Children, Amer. J. Orthopsych. 4 : 79, 1934.

4. ROGERSON, C.H. : Hardcastle, D.H.; and Duguid, K. ; A Psychologic Approach to the Problem of Asthma and the Asthma-Eczema-Prurigo Syndrome, Guy's Hosp. Rep. 85 : 289 (July) 1935.

5. SCHROEDER, P.L. : Enuresis in Adolescent Boys. Arch. Neur. & Psych. 18 : 1053, 1927.

Changes of personality after Chorea minor.

By Stephan Krauss, M.D., Ph.D. (The Hebrew University, Jerusalem).

Since about 1920 the noticeable changes of personality in youth affected by epidemic encephalitis has been ascertained, the question has been thrown up if other toxic, infectious or traumatic diseases of the nervous system cause a state of residual symptoms. Such residual states are however not to be

compared with defective states, which characterize the later stadia of schizophrenia, epilepsy and paralysis, in which madness and a destruction of the whole personality occurs. They however represent changes of character, which leave the intelligence intact. The changes of character observed in the young encephalitics brought us a new insight in the structure of the deeper strata of the personality. and proved the importance, which the subcortical region has for the building up of the personality. Since then a deeper knowledge has been gained in the question of psychopathic types also.

The question was then brought as to whether other diseases of the brain leave any residua behind. The childrens'psychiatrist had especially to think of the Chorea Sydenham, which as it is known is one of the most frequent diseases of the brain in children. At the school age it is even the exceptional disease of the nervous system. In order to reply the questions of the residues of the Chorea, katamneses had to be carried out on persons, who had the Chorea years ago. I carried these examinations out in 1933 on 24 persons in Switzerland, of which 4 had had the illness 20 years ago and 16 others 10 more than 10 years ago.

With all, without exception, residues were found, wich together formed a peculiar symptom-complex. These postchoreatics are however seldom in any special way noticeable ; they each take in a natural way their place in life and follow up an occupation. Only to the eye of the specialist do they show small neurologic and psychic pecularities. The change of personality is not so drastic as in encephalitics, but only goes so far as with a person, who bears some signs of psychopathics. These signs were however to be found in every case in the people examined so that a permanent damage if the brain has been proved. We have before us therefore a further form of the change of personality after a brain-disease. This is the first discovery in this field since the the wellknown state after encephalitis has been discovered.

The katamneses carried out by us were composed of a physical especially neurological examination, an exact family-anmnesis (the use of acts included), a detailed anmnesis of the postchoreatics itself with consideration of the praediseased state and finally an analysis of the personality. To this was used first a form to be filled out regarding the character, secondly the Rorschachtest. The form consists of 45 contrary couples of different qualities, f.i. familiar or close, manageable or thickheaded, shy or cheeky This form had to filled in by the examined with the aid of their family members. It is generally known that the Rorschach-test gives the best disclosure of the affective dispositions.

The symptoms of residues which we found were divided into several groups :

1. Hyperkinesia
2. Neurasthenic symptoms
3. Psychoasthenic symptoms
4. Characterological symptoms.

As signs of hyperkinesia we often found tics, further shaking when writing or sometimes when pouring something into a glass or with excitement further general fidgetiness and unquietude as well as accompanying movements. With neurasthenic symptoms we often found headeaches (migraena), further vomiting and dizziness, more seldom enuresis. The psychoasthenic symptoms were forgetfullness, lack of endurance, difficulty in learning and thinking, fright, anxiety in the darkness and one time even sleepwalking. The most noticeable

was a diminution of the vitality. The postchoreatics give the impression of feeble, colourless and inagible persons. We denoted this fact as a weakness of the psychic functions or as hypokinesia of psychic acts. As a result of the character-forms it was apparent, that the postchoreatics are excitable, touchy, persons who always wish to be in the right and besides that is they are retired and anxious. From the Rorschach-test we found out on the base of the number and quality of the responses a small intellectual agibility, a coarted (i.e confined) kind of experience (responses regarding movement and colour were scarce a small affective adaptiveness and a prevailing dysphoric state of mood.

As a whole the following is the result : The postchoreatic has a tendency to hyperkinesia, suffers from neurasthenic symptoms such as headaches or dizziness, is forgetful and afraid, less agible, more quiet and reserved, is excitable, touchy and easily frightened. The degree of change in the personality does not exceed a slight degree of psychopathics. The nearest picture comparable to this is the schizoidic psychopathy.

Important are our results concerning heredity. We made the observation, that almost without exception — as far as our investigations had proved successful — the persons affected with chorea were charged through heredity. Percentually the schizophrenic hereditary circle plays the greatest part, which was not known until now. It is sometimes found, that brethren fall ill with St. Vites dance ; we experienced the seldom case, that from a family on six children five were successively affected with chorea. With chorea it must therefore concern an hereditary disposition of certain parts of the brain, a disposition to be affected by the destroying substance (noxis), wihch is to-day regarded as a rheumatical one. These territories of the brain are parts of the striatu which is known as the centre of the extrapyramidical movements and the same part is affected in the catatonic form of schizophrenia.

With regard to medical pedagogics the following consequence can be drawn out of our statement : — It ought to be tried to make children, immediately after the cured chorea, take part in clubs of young people in order to fight against the threatening tendency of introversion.

In regard to clinical treatment we have also a consequence. It is very important to shorten the attack of the nixis on the brain during the acute phase of chorea. It has been proved that is most able to do this. This medicine is however fought against on account of its dangers, but still may be used in hospitals if the condition of the blood is tested daily. It is recommendable to give small doses in fractions of twice daily 0, 15 during 5 days. It has shown that in this way the choreaticdisquietude soon diminishes and the durability of the illness is considerably shortened. The shorter the acute stadium of the illness is the greater is the chance, that the patient is preserved from serious residual symptoms.

SUR L'ENURÉSIE CHEZ L'ENFANT

PAR

le Docteur M. REISS (de Leyde)

L'énurésie est un phénomène très fréquent, présentant un tas de problèmes aussi bien pour sa genèse que pour son traitement. La littérature fort étendue sur le phénomène peut être considérée comme une preuve frappante, n'en déplaise plusieurs efforts pour élargir et approfondir notre vue sur ce problème compliqué.

En étudiant la littérature mentionnée on est frappé de suite par le défaut d'un point de vue général, comprenant aussi une définition exacte. On ne s'étonne pas que les opinions divergentes ont eu comme résultat des conclusions très différentes. La quantité de méthodes diverses de traitement, publiées pendant les quarante dernières années, nous démontre avec évidence, qu'il n'existe pas un traitement universel et fondé. Parfois même des méthodes de traitement peu fondées ont provoqué du mal, soit à l'état physique, soit surtout à l'état mental de l'énurétique.

Ayant peu de temps à ma disposition je ne saurais qu'insister sur quelques points de vue généraux en m'abstenant des considérations et des argumentations détaillées.

Commençons par une définition :

« L'Enurésie est un trouble psychomoteur de la miction avec intégrité physique » (Christoffel). Dans la discussion suivante je veux insister sur les facteurs psychiques, formant le plus souvent (et peut-être toujours chez un groupe spécial d'énurétiques) un point de repaire fondé sur une disposition spéciale.

Peut-être la définition mentionnée ci-dessus ne sera pas admise par tous les auteurs. Dans l'impossibilité de donner des explications plus précises, je veux faire pourtant une exception pour le phénomène de la spina bifida occulta (posterior). Après les publications récentes cette anomalie serait trouvée chez environ 60% des énurétiques, tandis que la fréquence chez un groupe important de personnes souffrant de diverses maladies serait de 17%. Les pourcentages, publiés dans la littérature, diffèrent beaucoup, mais il est bien probable que la fréquence chez les énurétiques sera plus haute. Il ne faut pas oublier non plus que l'expression Enurésie est mal placée, quand il s'agit de troubles de la vessie urinaire accompagnées d'une spina bifida occulta et de troubles des parties inférieures de la moelle épinière. Dans ces cas-là il est question d'une affection neurologique avec *incontinence*. Pourtant je ne veux pas exclure une certaine corrélation entre l'énurésie et la spina bifida occulta, mais la plupart des conclusions sont plutôt hypothétiques, ne justifiant pas une intervention

chirurgicale. Une corrélation neurologique directe entre l'énurésie et la spina bifida n'existe pas.

Plusieurs fois on a fait des efforts pour arriver à un classement rationnel des énurétiques. Mené par des considérations pratiques, j'ai accepté moi-même la simple classification suivante : avant tout je crois séparer l'énurésie de jour de celle de la nuit, ce qui est évident. Puis je distingue nettement deux groupes que voici :

1° L'Énurésie dès la naissance, c'est-à-dire dans les cas où le dressage de propreté n'a jamais réussi.

2° L'Énurésie se présentant après une période de propreté complète de l'enfant.

Dans ma statistique des enfants énurétiques le premier groupe joue un rôle tout à fait dominant. J'y ai trouvé aussi une singularité, qui pourrait avoir une signification spéciale. Il fut constaté dans presque tous les cas une énurésie chez d'autres membres de la famille. Quoique je me rends compte de l'existence du phénomène connu sous le nom de paradosis (Stärkes) ou de l'hérédité semblante (Ferenczi e.a.), je crois certainement que l'hérédité y joue un rôle important. À part la spina bifida et l'hérédité comme causes prédominantes douteuses, l'intelligence de l'individu doit être considérée comme un facteur important. En général il faut appuyer sur l'influence de l'intelligence quant au dressage de propreté chez l'enfant. Malgré l'expérience que les arriérés graves sont difficiles à dresser, on peut trouver une propreté complète quant à la miction même chez des enfants avec des troubles sérieux de l'intelligence.

Après avoir démontré quelques facteurs plus ou moins constitutionnels, comme la spina bifida occulta, l'hérédité et le déficit de l'intelligence, l'aspect psychologique doit être envisagé. Sous quelles circonstances l'enfant devient propre ? Bien sûr, le gouvernement des fonctions urinaires n'est pas seulement de nature physiologique. L'enfant n'apprend pas à gouverner ses fonctions végétatives tout seul ; pour arriver à cela, il doit être élevé. Il doit se soumettre aux vœux ou bien aux commandements d'une personne bien-aimée. Il doit s'identifier avec elle et achève son acte excrétoire. De plus l'enfant éprouve encore la satisfaction de son narcidisme d'avoir accompli quelque chose de merveilleux. On constate chez l'enfant une sur-estimation de ses excréments. Ils lui sont précieux, des symboles des capacités de sa force, ou bien ils sont mis en convection avec des forces magiques (par la toute-puissance de ses pensées). L'acte urinaire lui est une fonction sociale, c'est-à-dire une fonction volontaire appartenant à la nécessité d'adaptation de la vie sociale de l'homme. Elle fait partie de l'éducation (Sphinkter-Moral de Ferenczi).

Mais pourquoi l'enfant se sert justement de la fonction de la vessie pour remplir cet acte psychique ? Comme il ressort des remarques précédentes, j'admets que la vessie y doit être prédisposée à quelque égard. Une telle prédisposition peut être fixée par des facteurs psychiques, voir la période de l'érotisme urétral de Freud. On sait que le développement de la vie sexuelle primitive chez l'enfant, conçu par Sigmund Freud pour la première fois, est accepté presque partout. La signification de l'érotisme urétral entre les autres manifestations des tendances ou bien pulsions sexuelles (die Partialtriebe) est pourtant bien des pulsions de caractère oral ou bien anal dans les manifestations de l'érotisme urétral.

Il ne me semble pas non plus tout à fait juste de considérer la vessie urinaire simplement comme un organe excrétoire. Maintes fois on peut constater la production d'une grande quantité d'urine la nuit, tandis que la sécrétion

urinaire pendant le sommeil habituellement est diminuée. Probablement la vessie forme un élément final dans une constellation de facteurs, dont la structure fondamentale nous est encore absolument inconnue.

L'analyse de l'énurésie accompagnée de l'encoprésie nous offrira peut-être plus de possibilités pour pénétrer dans ces problèmes encore mystérieux. On sait que Freud en 1908 déjà a su trouver une relation entre les fonctions de certains organes et le caractère (par exemple la régularité, l'entêtement et l'économie chez l'érotisme anal). Ainsi on a essayé de trouver des traits de caractère en connection avec l'érotisme urétral (comme la honte et l'ambition), sans avoir obtenu tout de même des résultats satisfaisants. Sans donner un aperçu du développement normal de la vie instinctive, on peut considérer l'énurésie comme suite d'une fixation pendant une certaine période de la vie instinctive chez l'enfant. Bien que les conditions seront très différentes, l'énurésie soi-disant congénitale est fondée sur un renforcement plutôt constitutionnel de l'érotisme urétral.

Tenant compte du temps disponible je dois me contenter de faire quelques remarques sur la thérapie en passant plusieurs problèmes de grande importance comme l'influence de la différence morphologique des sexes, le facteur du niveau de l'état de conscience, etc. Le traitement ne saurait être qu'une méthode quelconque de psychothérapie. Parce que l'énurésie n'est qu'un symptôme, il faut bien qu'on place toute la personnalité de l'énurétique en son rapport avec le milieu au centre du traitement. Il faut qu'on commence le traitement aussitôt que possible pour éviter le danger des réactions invétérées. C'est curieux d'ailleurs à constater que la plupart des énurétiques ont une tendance à se guérir d'eux-mêmes.

L'énurésie de jour offre bien les meilleures chances pour une guérison rapide ; souvent elle disparaît par des mesures assez simples. Enfinissant j'ai la conviction que l'énurésie de la nuit rencontre un plus grand intérêt du côté des médecins ordinaires et des pédiatres pour être attaquée avec plus de succès.

Discussion. — M. le Docteur PICHON (de Paris).

A l'occasion de la communication du Dr Reiss, je voudrais demander que l'on voulût bien s'entendre pour exclure de l'énurésie les *incontinences* symptomatiques d'urine rentrant dans un syndrome défini : telles celles des maladies grossières du système urinaire, des maladies organiques cliniquement évidentes du système nerveux central, du syndrome général de débilité motrice et mentale...

L'énurésie ainsi délimitée, on s'apercevrait aisément, je crois, qu'elle est, dans la règle, d'origine psychogène comme le dit judicieusement le Dr Reiss, et qu'elle n'a aucun rapport avec le Spina bifida occulta.

M. le Professeur HAMBURGER (de Vienne).

Enuresis hat nichts mit Spina bifida occulta zu thuen. Die frage Enuresis ist complicierte wissen schaftlich, aber nicht praktisch. Jeder fall (von Idiotie abgesehen) ist zu heilen mit richtiger Psychotherapie d. h. klug angewendeter Suggestion. Wissenschaftliche Zweifal hindern den Arzt seine suggestive Kraft richtig anzuwenden und hindern daher auch oft die Heilung.

NEUE BEITRÆGE ZUM PROBLEM DER ENURERIS

PAR

M. le Dr Egon WEIGL (de Bucarest)

Als Leiter der Erziehungsberatungsstelle einer Bukarester Privatklinik [1] hatte der Referent Gelegenheit, im Laufe von etwa 4 Jahren ein äusserst interessantes Material von *mehr als 800 Fällen "nervöser" Kinder* zu sammeln und statistisch in den verschiedensten Richtungen zu bearbeiten. Unter diesen Kindern befanden sich ca 200 *Enuretiker* [2].

Die vorliegende Arbeit soll der Klärung folgender Frage dienen : "Unterscheiden sich die enuretischen Kinder von den übrigen "nervösen" Kindern in charakteristischer Weise? "

Zur Entscheidung dieser Frage untersuchten wir eine Reihe von Daten gleicherweise bei den Enuretikern (abgekürzt : *Er*) und bei den Nichtenuretikern (abgekürzt : *NEr*) und verglichen die erhaltenen Resultate miteinander. Wir stellten unsere Erhebungen in folgenden zwei Hauptrichtungen an :

I. *Bestimmte Daten der familiären Situation des Kindes :*

1. Oekonomische Bedingungen
2. Ethnische, hereditäre, sanitäre Daten
3. Ziviler Stand und Eheleben der Eltern
4. Position innerhalb der Geschwisterreihe
5. Häusliche erzieherische Atmosphäre

II. *Bestimmte Daten der persönlichen Situation des Kindes :*

1. Alter
2. Krankheiten
3. Korrelation der Enuresis mit den anderen "nervösen" Symptomen
4. Geschlecht
5. Therapeutische Erfolge

Wir müssen uns an dieser Stelle auf die Wiedergabe nur der wichtigsten Ergebnisse beschränken.

---

1. Vgl. dazu die Abhandlung des Ref. « Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen », Nederl. Tijdschr v. Psychologie, 1935, Jahrg III.

2. Unsere quantitativen Vergleiche beziehen sich (mit wenigen Ausnahmen) auf je 200 Enuretiker und 200 Nichtenuretiker.

In bezug auf die *familiäre ökonomische Situation* ebenso wie auf die *häusliche erzieherische Atmosphäre* und auf das *psychische Milieu* [1] fanden wir, dass die *Er unter wesentlich ungünstigeren Umständen* leben als die NEr. Dennoch lässt die relativ hohe Zahl von NErn, die ebenfalls unter nicht weniger schwierigen Bedingungen aufwachsen, erkennen, dass es sich nicht um "typische" Voraussetzungen für die Entstehung der Enuresis hier handeln karr. Dagegen spricht auch die Tatsache, dass die Er keineswegs ausschliesslich solchen sozialen Verhältnissen entstammen

Der Vergleich zwischen jüdischen und nichtjüdischen Kindern zeigt, dass sich unter den letzteren um 12% mehr Er befinden als unter dendersteren. Ob es sich hierbei wirklich um eine besondere Affinität "ethnischer" Art handelt, müsste durch weitere Nachforschungen an grösserem Zahlenmaterial kontrolliert werden.

Der Annahme, dass die Enuresis aufgrund *erblicher Belastung* zustandekommt, können wir uns nach unseren Befunden *nicht* anschliessen. Nur in 2,5% aller Fälle stellten wir Enuresis bei den Eltern, in 7% der Fälle bei den Geschwistern oder sonstigen naheun Verwandten fest, u. zw. in etwa gleich geringer Zahl bei Ern und NErn.

Die Analyse der *Geschwisterkonstellation ergab gewisse Differenzen* zwischen den Ern und NErn. Allerdings sind diese Unterschiede nicht ausreichend, um irgendwelche Typisierungen zuzulassen. So ist es z. B. nicht möglich anzugeben, dass sich unter den "Einzigen", "Aeltesten", "Mittleren", oder "Jüngsten" fast ausschliesslich Er vorfinden. Gerade unter den "Einzigen", jenen Kindern, die im allgemeinen psychischen Störungen mehr ausgesetz sind aufgrund ihrer besonderen Position und die sowohl bei den Ern als auch bei den NErn den grössten Prozentsatz ausmachen, gerade unter diesen stellten wir eine annähernd gleich grosse Zahl von Ern und NErn fest.

Das *Alter*, in dem uns die Kinder in der Regel gebracht werden, entspricht weder dem Zeitpunkt des Auftretens der Enuresis (74,5% aller Er waren niemals trocken, sind also "primäre" Er), noch etwa einer plötzlichen Verstärkung des Symptoms (69% aller Fälle sind "kontinuierliche" Er, dh. sie nässen regelmässig 3-7 mal pro Woche). Daher können wir diesem Faktor — im Gegensatz zu den meisten andern Autoren — *keinen besonderen Wert* für unser Problem beimessen.

Erstaunlicherweise zeigt unsere Statistik, dass die *durchschnittliche Krankheitshäufigkeit* bei den Ern geringer ist als bei den NErn (2, 2 : 3, 4). Auch entfallen von den wenigen Fällen schwererer *Nervenkrankeiten* (Epilepsie, Encephalitis, Chorea usw.) und *Schwachsinniger Kinder* auf die Er *weniger* als auf die NEr.

Wir legten uns die Frage vor, ob irgendwelche *Korrelationen zwischen der Enuresis und den übrigen psychischen Störungen* bestehen. Zunächst ermittelten wir, dass die durchschnittliche Zahl der Symptome pro Kind bei den Ern fast ebenso gross ist wie bei den NErn (4, 02 : 4,34). Das einzige Sympton, das eine etwas *höhere* Korrelation mit der Enuresis aufweist, ist die *"Angst"*; während wir bei den Ern dieses Symptom bei 42,5% aller Kinder konstatierten, fanden wir es bei den NErn nur in 28,5%. Bei folgenden Symptomen liegt eine besonders *niedrige* Korrelation zur Enuresis vor : "Irritabilität "(29,5 % : 36,5 %), "Nervöse Angewohnheiten" (26,5% : 35,5%), "Esschwierigkeiten" (47,0 % : 55,5%), "Lügen" (5,0% : 12,0%). Es scheint tatsächlich, dass —

---

1. Unter « ungünstigem psychischem Milieu » verstehen wir hier die Tatsache, dass sich innerhalb der Umgebung des Kindes bei den Ern mehr psychisch gestörte Personen (mit manifesten Neurosen, Psychosen) befinden als bei den Nern.

was auch schon andere Autoren betonten — die "Angst" bis zu einem gewissen Grade typisch ist für das enuretische Kind, ebenso wie das seltene Vorkommen gewisser anderer Symptome. Andrerseits gibtes in unserem Material genügend Er ohne "Angst" (etwas mehr als die Hälfte aller Er !) und ebenso eine beträchtliche Zahl von NErn, die mit diesem Symptom behaftet sind (etwa ein Drittel aller NEr).

Unsere quantitativen Untersuchungen sprechen eindeutig *gegen* die allgemein behauptete *Bevorzugung der "männlichen Blase" durch die Enuresis*. Aus dem Vergleich zwischen Ern und NErn geht hervor, dass sich inder Gesamtzahl der Knaben bzw. Mädchen *ebenso viel männliche wie weibliche* Er befinden (50% : 49%). Ebenso ist das *Verhältnis zwischen Knaben und Mädchen bei Ern und NErn das gleiche* (67% : 33%). Dieses Verhältnis, bei dem die Knaben doppelt so häufig sind wie die Mädchen, ist also *nicht typisch speziell für die Er, wohl aber generell für die Kinder mit psychischen Störungen*. — Beim Vergleich der Er und Ner in bezug auf die Knaben und Mädchen fällt weiterhin auf, dass die von uns oben angegebenen Resultate (familiäre und persönliche Situation) auch nach der Fraktionierung in die beiden Geschlechter erhalten bleiben. Das besagt, dass besondere Unterschiede bei den enuretischen Knaben bzw. Mädchen *nicht* bestehen gegenüber den nichtenuretischen. Eine *Ausnahme* bilden lediglich folgende Fälle : Bezüglich der *Geschwisterposition* liegen die Verhältnisse bei Knaben und Mädchen sowohl der Er als auch der NEr sehr verschieden ; allerdings sind die von uns gefundenen Resultate in dieser Hinsicht so unübersichtlich, dass wir hier nicht näher darauf eingehen können ; jedenfalls liegen auch hier keine eindeutigen typischen Unterschiede vor. — Die *durchschnittliche Zahl der Symptome* ist bei den enuretischen Mädchen *niedriger* als bei den Knaben. (3, 6 : 4, 3) und ebenfalls *niedriger* als bei den nichtenuretischen Mädchen (3, 6 : 4, 2). — Im Vergleich zu den Knaben erzielten wir *bei den enuretischen Mädchen bessere Erfolge* (20% : 26% nichtgeheilte Fälle, 54% : 45% geheilte Fälle).

Wir beschränkten uns bei der Behandlung der Enuresis (übrigens auch der anderen psychischen Symptome) ausschliesslich auf Erziehungsberatung unter Verzicht auf jegliche Art klinischer Therapie. Ein Vergleich zwischen den bei den Ern erzielten *Erfolgen* mit den bei anderen "nervösen" Symptomen von uns erreichten Behandlungsergebnissen zeigt, dass die *Enuresis die höchsten Erfolgsprozente* von sämtlichen 17 Symptomen aufweist. In etwa 50% aller Fälle verschwand die Enuresis vollkommen (Kontrollzeit minimal 3 Monate), in ungefähr 25% der Fälle blieb das Sympton unverändert, und in gleichgrosser Zahl erreichten wir einen partiellen Erfolg (z. B. Reduzierung einer kontinuierlichen Enuresis auf eine sporadische). — Wir bezweifeln allerdings, dass dies relativ günstige Behandlungsergebnis (es könnte bei einer internen Heimbehandlung sicherlich noch grösser sein !) "typisch" für die Enuresis ist. Vielmehr lässt sich bei der Enuresis ein Erfolg oder Misserfolg viel eindeutiger feststellen als bei den meisten anderen Symptomen, bei denen man immer eher geneigt ist, ein "gebessert" in die Statistik einzutragen als ein "verschwunden" (z. B. bei Disziplinschwierigkeiten, Angst, Unselbständigkeit u. a.). Erfolgsstatistiken sind ja bekanntlich auf dem psychopathologischen Gebiet ganz besonders problematisch.

CONCLUSIO :

Die oben angeführten Ergebnisse — so wertvoll sie als Einzelfeststellungen auch sein mögen — liefern uns keinerlei brauchbare Hinweise auf ein etwaiges

"So-sein" des Enuretikers und noch viel weniger auf die Genese der Enuresis. Wohl bestehen *gewisse Unterschiede zwischen den enuretischen und nichtenuretischen Kindern*, aber sie sind *nicht im eigentlichen Sinne "typisch"*.

Uns selbst hat unsere jahrelange, mühevolle statistische Arbeit insoferne "geheilt", als wir es für *unnütz* halten, die *Enuresis weiterhin am bereits "vollendeten" Enuretiker zu studieren* [1]). Wir schlagen daher vor, die Lösung des Problems in einer *neuen Richtung* zu suchen. Ueberlassen wir einmal den "fertigen" Enuretiker seinem Schicksal und wenden unsere Aufmerksamkeit jener menschlichen Entwicklungsphase zu, in der jede "primäre" Enuresis [2] ihren Anfang nimmt, nämlich der Zeit des *Uebergangs von der Säuglingsmiktion zur normalen Miktion*. Diese Lebensperiode wurde bisher u. W. noch nicht systematisch untersucht, wenngleich verschiedene Autoren die Wichtigkeit dieser Zeit für die Entstehung der Enuresis betonten. Aber auch die Mütter, die wir daraufhin in unserer Sprechstunde befragten, und die doch in Sachen der "Gewöhnung" die grössten Spezialisten sein sollten, sind sich über den tatsächlichen Verlauf, ja sogar über die Ursachen ihres Erfolges (von den Misserfolgen gar nicht zu reden) keineswegs im klaren. Fast jede Mutter hat ihre eigene "Methode". Zwar weiss man, dass in dieser Gewöhnungsphase ebenso enorme Fehler gemacht werden können von seiten der Pflegepersonen wie auch sonst in bezug auf die Entwicklung aller anderen Funktionen. Aber über dieses "Wissen" sind wir eben noch nicht hinausgekommen.

Sollten nicht vielleicht durch *Störungen in dieser Uebergangsperiode* solche *Irritationen bei der Anpassung der Blasenfunktionen an die Forderungen der Umwelt* geschehen, dass sich *daraus die Psycho-Genese der Enuresis verständlich* machen liesse? Ist es nicht vergebliche Mühe, beim 7 jährigen Enuretiker nach Ursachen zu suchen, die möglicherweise in die Zeit des ersten Lebenshalbjahres zu lokalisieren sind? Zur Beantwortung dieser Fragen ist es notwendig, erst genau zu überprüfen, welche Störungsfaktoren in dieser Uebergangsperiode spezifisch für die spätere enuretische Reaktion sein können.

Unser Vorschlag geht dahin, eine spezielle Kommission von Fachleuten zusammen zu bringen, die sich eigens das wissenschaftliche Studium der Gewöhnungsphase zur Aufgabe macht. Durch die Ausarbeitung und Verwendung eines sorgfältig ausgearbeiteten Fragebogens für Mütter, Kinderpflegerinnen und Kinderärzte wäre die Möglichkeit gegeben, in grösserem Umfange Aufschluss zu bekommen über die verschiedenen Formen der zweckmässigen und vor allem der unzweckmässigen Bemühungen um das Sauberwerden der Kinder. Auch wäre an vergleichende Untersuchung an domestizierten Tieren zu denken.

Dr Egon WEIGL (Bukarest).

---

1. Wir müssen an dieser Stelle auf den Nachweis verzichten, dass bis heute weder die rein klinischen Arbeiten über die Enuresis zu aufschlussreichen Ergebnissen führten, noch die vielen psychopathologischen Publikationen, die über theoretische Konstruktionen nicht hinausgekommen sind.

2. Da unsere Nachforschungen nach besonderen Anlässen für das Auftreten der Enuresis nach bereits erfolgter Gewöhnung zu keinem befriedigenden Resultat geführt haben, vermuten wir, Erklärung erst erfahren wird, wenn das Problem der "primären" Enuresis gelöst sein wird.

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEL RIFLESSO ASSOCIATIVO-MOTORE DEL GINOCCHIO IN PSICHIATRIA INFANTILE

PAR

Dott. Carlo RIZZO
Lib. docente

Dott. Aldo CACCHIONE
Assist. e lib. doc.

Clinica d. Malattie nervose e mentali della R. Università di Roma
(Direttore Prof. Ugo CERLETTI)

N. J. Krasnogorski fu il primo a studiare il comportamento dei riflessi condizionati (r. c.) nei bambini. Egli pubblicò, nel 1907, i primi risultati delle proprie esperienze condotte su tre soggetti, e, successivamente, perfezionata la sua tecnica — utilizzando contemporaneamente il metodo del Pavlov e quello dei movimenti riflessi del Bechterev — l'applicava a numerosi fanciulli, coll' intento di precisare sperimentalmente le leggi dei r. c. nell'infanzia normale e patologica. Le fondamentali ricerche di questo studioso sono state da lui riassunte in quattro articoli pubblicati, fra il 1925 ed il 1933, in lingua inglese ed in lingua tedesca.

Un altro russo, l'Ivanov-Smolenski, ricercò, fra il 1921 e il 1927, i r. c. in vari gruppi di fanciulli, anche psicopatici, escogitando per le sue indagini vari metodi ed un complesso dispositivo strumentale consistente, principalmente, nella compressione — da parte del soggetto in esame — di un palloncino di gomma dopo un dato stimolo condizionato (visivo, acustico, ecc.) che era stato associato, per un certo numero di volte, alla presentazione di cioccolato.

Nel 1928 Cornil e Goldenfoun studiarono, in quattro fanciulli frenastenici, un particolare r. c. da loro denominato "riflesso tendineo-associativo" della rotula. Ritorneremo diffusamente sulle modalità di produzione di questo riflesso (che, per la verità, era stato escogitato due anni prima dallo Schevalev e da lui chiamato "riflesso associativo-motore del ginocchio), e ci soffermeremo anche sui particolari reperti dei due autori francesi.

Lo Zalman, allievo di G. Marinesco, riprese, nel 1931, la ricerca sperimentale dei r. c. nei bambini anormali psichici applicando loro il metodo dei riflessi associativo-motori alla Bechterev.

Nel 1935, in occasione del XV° Congr. internaz. di Fisiologia, il Protopovov illustrò, fra l'altro, il comportamento di fanciulli normali ed oligofrenici in base a diversi riflessi e super-riflessi condizionati.

Finalmente, sempre nel 1935, Marinesco e Kreindler raccolsero in un interessante volume i molti contributi portati dalla Scuola neurologica di Bucarest

alla conoscenza dei r. c. nelle loro applicazioni cliniche, illustrando anche ampiamente il comportarsi di tali riflessi nei fanciulli sani ed in quelli psichicamente anormali.

***

Da un biennio si va studiando, in questa Clinica, la reflettività condizionata dei fanciulli psicopatici (e l'argomento ha già fornito lo spunto per un'importante Tesi di laurea del Dott. Braconi [1]). Abbiamo, così, potuto largamente sperimentare diverse tecniche, e siamo giunti al convincimento che uno dei metodi più convenienti per lo studio dei r. c. nei ragazzi psichicamente anormali è quello escogitato nel 1926 dallo Schevalev [2]. Scopo della presente nota é l'esposizione dei risultati ottenuti con questo metodo.

Il metodo dello Schevalev — o riflesso associativo-motore del ginocchio — consiste nel produrre il riflesso rotuleo con stimoli assolutamente indifferenti (sonori, visivi, ecc.), dopo averli associati, per un certo numero di volte, allo stimolo proprio (percussione del tendine rotuleo).

La tecnica da noi usata é stata la seguente.

Soggetto seduto in capo ad un lettino, con gambe liberamente pendule in fuori e col tronco e gli arti superiori comodamente appoggiati alla spalliera del lettino : così é facile ottenere un completo e persistente rilasciamento degli arti inferiori, senza che il ragazzo cada in preda alla stanchezza. Camera isolata, lontana dai rumori stradali e da quelli accidentali della Clinica ; temperatura costante ; presenza del medesimo personale sperimentatore. Soggetto con occhi bendati. (Tutto ciò, come è noto a coloro che hanno pratica di siffatti esperimenti, è assolutamente indispensabile per una corretta esecuzione delle ricerche, le quali esigono, soprattutto, che l'individuo in esame sia posto nella condizione di ricevere, possibilmente, soltanto quelle stimolazioni, preordinate da chi dirige le esperienze, per produrre, stabilizzare, inibire, ecc. un determinato r. c.)

Eccitante assoluto era la percussione del tendine rotuleo di un dato arto, eseguita sempre col medesimo martelletto da esami nevrologici e con la stessa intensità. Eccitante condizionato era uno stimolo acustico (suono di campanello) di timbro e intensità sempre uguali.

Vennero esperimentati entrambi i tipi di r. c. :

a) r. c. simultaneo = suono (per qualche frazione di minuto sec.) accompagnato da contemporanea percussione tendinea ;

b) r. c. ritardato = suono (per 5 secondi) seguìto sùbito dopo dalla percussione tendinea.

Le pause fra e prova variarono, a seconda dei soggetti, del tipo di r. c. e della durata delle esperienze, dai 20 ai 60 secondi.

1. Braconi L. Contributo allo studio dei r.c. nei fanciulli anormali psichici : *Tesi inedita, Roma*, 1937.

2. Il metodo Schevalev é stato successivamente adottato da numerosi altri ricercatori che qui é superfluo ricordare, essendosi trattato di indagini eseguite sugli adulti. Citeremo soltanto H. Schlosberg (*J. exper. Psychol.*, A. XI, 468, 1928) perché questo studioso ha analizzato la curva di contrazione del riflesso associativo-motore del ginocchio, concludendo che essa non é identica a quella del semplice riflesso rotuleo, ma corrisponderebbe, nel suo decorso, ad una reazione volontaria del quadricipite. Queste conclusioni — sotto un certo aspetto molto importante e che richiederebbero particolari ricerche di controllo — non infirmano, però, la bontà del metodo considerato sotto la specie dello studio dell'attività condizionata; infatti, ciò che ha, in proposito, precipuo interesse è (analogamente che nei procedimenti escogitati dal Bechterew) il diverso comportamento dei soggetti di fronte a quel determinato stimolo condizionato: sia esso produttore o meno di un vero e proprio movimento riflesso.

Numero delle prove eseguite in ciascuna giornata e per ogni soggetto: da 10 a 88 (20-30 in media). In massima i gruppi di prove si susseguirono giornalmente; solo qualche volta vennero intervallati da uno o da due giorni di riposo.

Prima di procedere all'analisi dei nostri reperti non riteniamo inutile aggiungere — a conferma di quanto é stato visto, anche recentemente, dal Gantt — che esiste realmente uno stretto rapporto fra la reflettività condizionata e quella incondizionata : nel senso che, ove un dato riflesso é poco o punto provocabile con lo stimolo assoluto, quivi anche lo stimolo condizionato avrà effetto scarso o addirittura nullo. Per questo motivo, anzi, siamo stati costretti a rinunziare alla ricerca in parecchi soggetti molto interessanti dal lato mentale, appunto perché in essi la reflettività rotulea era abnormemente torpida ed esauribile: ciò rese impossibile la produzione del relativo r. c. nonostante i molti tentativi fatti per provocarlo.

***

Ricorderemo, ora, sommariamente, i risultati da noi ottenuti, col metodo dello Schevalev, su un gruppo di otto fanciulli psichicamente anormali.

1. *Al. Mario*, di anni 13 : affetto da epilessia (equivalenti epilettici) e lieve grado d'insufficienza mentale. Prove eseguite : 50, di tipo ritardato.

Risultati. Il r. c. si ottiene, ma molto debole, alla 7^e, 30^e e 40^e prova.

2. *Fa. Gina*, di a. 13 : affetta da epilessia e insufficienza mentale. Prove eseguite : 170, di tipo simultaneo, in 7 giornate d'esperimenti.

Risultati. R. c. debolissimi nelle due prime giornate (4^e, 15^e, 30^e e 38^e prova). Due buoni gruppi di r. c. nel 3° giorno (53e-57e prova, 64e-65e). Nel 4°, 5° e 6° giorno i r. c. tornano a comparire debolissimi : 90e e 91e prova, 99e, 118e e 130e. L'ultimo giorno si ebbero chiari r. c. alla 154e-155e ed alla 163e-164e prova.

3. *Ca. Sergio*, di a. 7 : affetto da instabilità del carattere. 25 prove, ancora di tipo simultaneo, eseguite in 2 diverse giornate.

Risultati. Si ottiene un solo r. c., debolissimo, alla 20° prova (2° giorno d'esperimenti).

4. *Mc. Giovanni*, di a. 9 : eredoluetico, affetto da grave instabilità del carattere. 242 prove, sempre di tipo simultaneo, ripartite in 10 giornate.

Risultati. Il 1° giorno si ottiene rapidissimamente (prove 6e-7e) un r. c. generalizzato ; alla prova 15e il r. c. é localizzato e bene evidente. Il 2° giorno si ha r. c. bilaterale alla 21e prova, ed il r. c. unilaterale, localizzato, alle prove 23e, 30e e 31e. Il 3° giorno si ha un semplice accenno a r. c. alla 55e prova. Il giorno seguente il r. c. compare nettissimo alle prove 68e-69e e 90e (con diminuzione quasi progressiva d'intensità nelle prove 91e-93). Il 5° giorno si hanno buoni r. c. alle prove 108e-109 ed alla 128e : da notare che, nelle ultime prove di questa giornata (122e-130e) il soggetto si é addormentato. Il 6° giorno si ha un fugace r. c. controlaterale alla 140e e 141e prova ; il r. c. localizzato, omolaterale, si presenta poi alle prove 149e-150e. Un buon gruppo di r. c. si osserva al principio del 7° giorno (prove 151e-154e). L'8° giorno si ha il r. c. alla 176e e 178e prova ; il 9° 10 si ha alla 197e prova ed alla 208e-209e : qui col carattere della bilateralità. Nel 10° ed ultimo giorno d'esperimenti si verificò un eccellente gruppo di r. c. nelle prove 219e-223e ; altri validi r. c. si ebbero alle prove 228e, 234e (controlaterale), 235e (bilaterale), 240e e, infine, alla 241e (r. c. controlaterale).

5. *Bi. Domenico*, di a. 10 : esiti di meningo-encefalite recente con ipoacusia grave ed instabilità del carattere. Le prove (131, ripartite in 7 giorni) si svolsero impiegando — data la grave ipoacusia del soggetto — uno stimolo condizionato dolorifico (leggera puntura sul dorso di una mano, simultanea alla percussione tendinea) al posto del suono.

Risultati. Negativi nei due primi giorni. Al 3° giorno si ha un debole r. c. alla 40ᵉ prova ed un altro ancora più debole alla 60ᵉ. Il 4° giorno si ottiene un r.c. evidentissimo (il migliore di quelli osservati in tutti i nostri casi) alla 69ᵉ prova ; altro r. c., assai esiguo, alla 76ᵉ. Il 5° giorno compaiono r. c. alle prove 92ᵉ-93ᵉ ; lo stesso si verifica il giorno dopo, colle prove 103ᵉ-105. L'ultima giornata (20 prove) il r. c. non lo si potè più provocare ; quel giorno il soggetto, pur presentando il riflesso assoluto bene evidente, appariva particolarmente irrequieto.

6. *Va. Anna Maria*, di a. 9 : epilessia e lieve instabilità del carattere. 203 prove, di tipo ritardato, in 9 giornate d'esperienze.

Risultati. Il 1° giorno si ha un lievissimo r. c. alla 15ᵉ prova. Altri r. c. dello stesso genere si notano il 2° giorno (41ᵉ e 45ᵉ prova) ed il 3° (48ᵉ e 51ᵉ). Il 4° giorno si osserva un lieve r. c. alla 67ᵉ prova ed un discreto gruppo di r. c. alla 75ᵉ-78ᵉ. Il 5° giorno si ha alla 117ᵉ prova un leggero r. c. controlaterale. Nessun r. c. il 6° giorno ; nel 7° si nota un buon r. c. bilaterale alla 163ᵉ prova. L'8° giorno non si ebbero r. c. Nell'ultima giornata se ne ottennero dei leggeri alla 183ᵉ, 196ᵉ e 197ᵉ prova.

Nel soggetto fu particolarmente degno di nota il comportamento di quello speciale sintomo d'inibizione interna che é il sonno. La Va. cominciò ad addormentarsi alla fine del 3° giorno d'esperimenti ; quindi l'addormentamento si ripetè il 4°, 5°, 7° e 9° giorno, con un anticipo quasi costantemente progressivo del suo inizio : difatti il sonno sopravvenne dopo la 18ᵉ prova il 3° giorno, e dopo — rispettivamente — la 23ᵉ, 12ᵉ, 3ᵉ et 13ᵉ nei giorni 4°, 5°, 7°, 9°. Le giornate in cui il fenomeno non si produsse furono anche quelle nelle quali i r. c. non si ottennero affatto.

7. *Gi. Mario*, di a. 9 : anormale del carattere. Qui gli esperimenti, di tipo ritardato, raggiunsero, in 9 giorni, il cospicuo numero di 410.

Risultati. R. c. all' 8ᵉ prova del 1° giorno ; nulla il 2° giorno. Il 3°, dopo un accenno a r. c. nella 60ᵉ prova, si ha un buon gruppo di r. c. nelle prove 69ᵉ-71ᵉ ; altro r. c. alla 92ᵉ. Il 4° giorno si nota solo un lieve r. c. alla 123ᵉ prova. Nel 5° giorno gli intervalli fra le singole prove vennero portati da 30 a 60 secondi, nel timore che la scarsità di r. c. dipendesse dalla stanchezza ; ciononostante si ebbero solo due r. c. (184ᵉ e 185ᵉ prova). Il 6° giorno — con ripresa delle pause di 30 sec. — si ebbe un nettissimo r. c. alla 219ᵉ prova ; il 7° si ottennero lievi r. c. alla 280ᵉ e 300ᵉ prova. L'8° giorno, nel primo degli esperimenti (311ᵉ prova) vi fu un evidente r. c. ; un altro, molto meno netto, comparve alla 341ᵉ prova. L'ultimo giorno si ebbe solo un accenno al r. c. nella 402ᵉ prova.

8. *Co. Mario*, di a. 13 : anormale del carattere. Si eseguirono 280 prove, di tipo ritardato, ripartite in quattro gruppi.

Risultati. Negativi nel 1° e 2° giorno. Un buon r. c. il 3° giorno (185ᵉ prova). Il 4° giorno si ebbe r. c. controlaterale alla 22ᵉ prova, mentre nella 223ᵉ lo stimolo assoluto fu seguito da due distinte contrazioni del tendine rotuleo.

— Nella seguente tabella riepiloghiamo i risultati surriferiti —

Soggetti	Prove eseguite nelle singole giornate Riflessi condizionati ottenuti (°) I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Annotazioni
1	[50] 7 30 40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
2	[30] 4 15 30	[15] 8	[21] 8-12 19 20	[34] 24 25 33	[20] 18	[20] 10	[30] 14 15 23 24	—	—	—	
3	[10] —	[15] 10	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	
4	[15] 6-7[1] 15	[17] 6[2] 8 15 16	[30] 23	[38] 6-7 28 30 3[1]	[30][4] 8 9 28	[20] 10[3] 11[3] 19 20	[20] 1-4	[15] 6 8	[25] 12 23 24[2]	[32] 9-13 18 24[3] 25[2] 30 31[3]	1. r.c. generalizzato 2. r c. bilaterale 3. r.c. controlaterale 4. dorme nelle ultime 5 prove
5	[20] —	[10] —	[30] 10 30	[20] 9 16	[15] 12 13	[16] 9 10	[20] —	— —	— —	— —	
6	[30] 15	[15] 11 15	[21][5] 3 6	[36] 1 9-12	[20][7] 15[3]	[20] —	[25][8] 21[2]	[15] —	[21][7] 1 14 15	— —	5. dorme n. ultime 3 prove 6. » » » 11 » 7. » » » 8 » 8. » » » 22 »
7	[20] 8	[30] —	[50] 10 1921 42	[40] 23	[50] 44 45	[32] 29	[88] 58 78	[50] 1 30	[50] 42	— —	
8	[61] —	[74] —	[66] 50	[79] 19[3]	— —	— —	— —	— —	— —	— —	

° I numeri in grassetto (qui in parentesi quadra) indicano la quantità di prove eseguite ciascun giorno. Gli altri numeri designano la prova, o il gruppo di prove, in cui si manifestò il r.c. I numeri sottolineati riguardano le prove nelle quali il r.c. fu meglio evidente.

CONSIDERAZIONI

A) I reperti da noi ottenuti mostrano, anzitutto, che, almeno nei fanciulli psichicamente anormali, la produzione dei r. c. é molto scarsa (e si noti che usando altri metodi, come quello del Bechterev e di Hilgard-Campbell, tali produzione fu assai più esigua che non col metodo Schevalev del quale qui ci occupiamo).

Questa prima conclusione — basata su 1511 prove, eseguite sopra fanciulli affetti da differenti infermità mentali — contrasta parzialmente coll'opinione di Cornil e Goldenfoun, i soli che, prima di noi, abbiano studiato simili infermi col metodo Schevalev ; ma il contrasto è forse spiegabile col fatto che questi AA. si occuparono solo di 4 soggetti notevolmente frenastenici, mentre noi abbiamo indagato sopra un materiale più grande, più eterogeneo e comprendente fanciulli meno lontani dalla normalità psichica di quel che non fossero gli infermi di cui si occuparono i due studiosi francesi.

Per essi i r. c. compaiono tanto più rapidamente quanto più accentuato é il grado di regressione mentale dei giovani infermi, e le reazioni agli stimoli associativi sono caratterizzate, nei soggetti più deficienti, ad una più o meno completa e persistente generalizzazione. Stando, invece, ai nostri reperti i r. c. compaiono abbastanza sollecitamente, e la prontezza di tale comparsa non é in rapporto né col genere o colla gravità della psicopatia dei soggetti e neppure col tipo di r. c. sperimentato. Quanto alla generalizzazione dei r. c., la osservammo soltanto in un caso (il 4º) e solo per due volte, nella prima giornata di prove.

B) In cinque casi che potemmo seguire particolarmente a lungo, noi abbiamo osservato, piuttosto, una notevole variabilità nella comparsa dei r. c. in rapporto colle diverse giornate degli esperimenti. Caratteristico ci sembra, al riguardo, il comportamento dei casi 2º, 4º e 7º, nei quali, a giornate abbastanza ricche di buoni reperti seguirono, irregolarmente, giornate con r. c. scarsi, poco validi, e, talora, perfino giornate sprovviste di qualsiasi reperto positivo.

La più tipica di tutte fu la condotta del caso 6º (epilessia con instabilità del carattere). Nelle ultime sette giornate di ricerche su questo soggetto si osservò l'alternarsi di giorni completamente negativi — agli effetti della produzione di r. c. — e di giornate fruttuosamente positive. Queste ultime, inoltre, furono caratterizzate dalla costante comparsa del sonno.

C) Il sonno, che era già stato osservato, una sola volta, in un altro soggetto (il 4º, nel quale i r. c. érano stati particolarmente pronti e validi) comparve frequentemente appunto nel caso 6º dianzi ricordato. Che esso sia espressione di una condizionata inibizione interna generalizzata (Pavlov) ci sembra indiscutibile : e ciò, fra l'altro, per la sua comparsa quasi progressivamente più precoce in rapporto col progredire delle esperienze e col passare dei giorni d'esame. Interessante é, poi, il fatto che nei due giorni in cui tale inibizione non si manifestò, non si verificarono neppure r. c. (e questo conferma il principio pavloviano che anche l'inibizione é un processo attivo).

Forse la regolare variabilità del fenomeno fu qui in rapporto con particolari condizioni corticali legate all'epilessia del soggetto ; benché non si sia potuto precisare un siffatto rapporto con la constatazione di accessi convulsivi. L'argomento, comunque, merita di essere ripreso e approfondito con un più lungo studio in altri epilettici.

D) Anche la fissazione del r. c. fu, nei nostri soggetti, molto relativa : in nessun caso la si poté realmente e stabilmente ottenere, ma si presentò soltanto — talvolta — un gruppo più o meno buono e folto di r. c., dopo di che (e nonostante il rinforzo costituito da uno o più stimoli assoluti) il r. c. non ricomparve più con la medesima regolarità. Quindi, anche per tale fissazione o conservazione del riflesso non possiamo aderire alle asserzioni di Cornil e Goldenfoun, secondo i quali la fissazione stessa avrebbe breve durata solo nei fanciulli più gravemente frenastenici.

E) Qua e là comparve, talvolta, una riposta condizionata bilaterale ; talaltra si ebbe, invece, solo una riposta controlaterale. Il fenomeno si presentò nei casi 4º, 6º, 8º e non sembra neppure esso in rapporto con la forma morbosa, né con la facilità di produzione, in genere, dei r. c. nei nostri vari infermi.

La scarsità e la irregolare saltuaristà di comparsa del fenomeno stesso non ci consentì di studiarne il meccanismo di formazione. Tuttavia, questo appare legato ad una più spiccante condizione di eccitabilità corticale dei soggetti.

***

Riassumendo, dagli esperimenti sin qui condotti nella nostra Clinica sopra i r. c. nei fanciulli affetti da differenti anomalie psichiche, é lecito trarre le seguenti conclusioni :

1. La tecnica escogitata dallo Schevalev e impiegata alcuni anni addietro da Cornil e Goldenfoun su alcuni bambini psicopatici é di comodo e facile impiego, e consente una più rapida e meno scarsa produzione di r. c. in confronto con altri metodi.

2. Però lo studio dei r. c. é particolarmente arduo e lungo in simili soggetti, poiché in essi i r. c. sono incostanti, instabili, sì che riesce difficile controllarne esattamente il modo di formazione ed applicarvi le leggi trovate dal Pavlov nei cani.

3. Tali difficoltà si verificano non solo nei frenastenici (come, da tempo, aveva già posto in evidenza il Krasnogorski), ma quasi in tutti i fanciulli anormali psichici. Ciò é, verosimilmente, in rapporto coll'instabilità neuropsichica di tali infermi e collo squilibrio in essi esistente fra inibizione ed eccitamento, come sostengono anche l'Ivanov-Smolenski e lo stesso Krasnogorski.

BIBLIOGRAPHIA

Cornil L. et Goldenfoun Z. — Sur les réflexes associatifs chez les enfants anormaux. *C. r. Soc. Biol.* XCIX, 408, 1928.

Gantt W. H. — Contributions to the physiology of the conditioned reflex. *Arch. of Neurol. a. Psych.* XXXVII, 848, 1937.

Ivanov-Smolenski A. E. — On the methods of examining the conditioned food reflexes in children and in mental disorders. *Brain* L, 138, 1927.

— La physiologie des grands hémisphères et la psychiatrie moderne. *Encéph.* XXIII, 415, 1928.

KRASNOGORZSKI N. J. — Sui riflessi condizionati nei bambini (in russo). *Russki Vratsch.* VII, 930, 1907.

— The conditioned reflexes and children's neuroses. *Amer. J. Dis. Childr.* XXX, 753, 1925.

— Die letzten Fortschritte in der Methodik der Erforschung der bedingten Reflexe an Kindern. *Jahrb. f. Kindhk.* CXIV, 255, 1926.

— Bedingte u. unbedingte Reflexe ecc. : B. XXXIX d. *Ergebn. d. inn.* MED., CZERNY, ecc. : *Srpinger, Berlin*, 1931.

— Conditioned reflexes in psychopathology of childhood. *Amer. J. Dis. Childr.* XLV, 355, 1933.

MARINESCO G. et KREINDLER A. — Les réflexes conditionnels. Étude de physiol. normale et patholog. *Alcan, Paris*, 1935.

PAVLOV I. P. — Les réflexes conditionnels. Étude objective de l'activité nerveuse ecc. *Alcan, Paris*, 1927.

PROTOPOPOV V. — Conditions for the formation of motor habits ecc. XV Internat. Physiolog. Congr., Leningrad-Moscow, 9-17. VIII, 1935. *Summaries of Commun*, p. 334.

SCHEVALEV E. A. — Il riflesso associativo-motore del ginocchio (in russo). Nella *Raccolta di scritti in onore di V. M. Bechterew*, p. 105. *Leningrado*, 1926.

ZALMAN. — I riflessi condizionati in psicopatologia (in rumeno). *Tesi di Bucarest*, 1931.

Roma : 16 luglio 1937.

SOME NEW WAYS OF TREATMENT OF CHILD-NEUROSIS (THE PLAY DEFICIT OF THE CAUSE OF NEUROSIS)

PAR

M. le Professeur F. SCHNEERSOHN de Tel-Aviv (Palestine)

Seit jeher hat man schon im täglichen Leben die innerliche Verbindung zwischen Einsamkeit und seelischer Unruhe beobachten können. Einerseits wird man durch der unwillkürlichen Einsamkeit zur depressiver Unruhe geneigt, anderseits wird man bei schwerer Depression die Ruhe oder Alleinsein bevorzugen. Bei näheren Beobachtungen kann man sehen, dass die Empfindlichkeit zur Einsamkeit bei jedem Menschen nach Anlage und Erziehung individuell verschieden ist und gewissermassen im umgekehrten Verhältniss zur psychischen Resistänzfähigkeit steht. Manche Menschen haben Angst allein im Hause oder sogar im Zimmer nachts zu schlafen Manche würden sich ängstigen nur ausser der Stadt oder nur in dichtem Walde nachts allein zu wandern. Viele werden sich auch dafür nicht ängstigen, würden jedoch vor der einsamen Wüste zurückschrecken, die nur mutige Abenteuern erziehen kann. Man kann sagen, dass die Empfindlickhkeit zur Einsamkeit in gewisser Richtung ein Massstab der psychischen Resistanztätigkeit ist.

Man muss unterscheiden zwischen physischer und psychischer Einsamkeit. Wir bezeichnen es als paradoksale Einsamkeit, wenn man sich grade in der Gesellschaft mehr einsam fühlt, als beim alleinsein. Wenn ein Ausländer ohne Sprache und Sitten des Landes zu konnen in ein lastig sich unterhaltender Gesellschaft geriet, in der er kein Wort versteht und teilnahmslos dasitzt, so kann sich der Ausländer unglücklich einsam empfinden. Wenn dieser nachter in sein gemütliches Hotelzimmer zurückkehrt, so wird er sich beim ruhigen Alleinsein sich Allmählich von der ihn vereinsammenden Gesellschaft erholen. Dasselbe ist auch der Fall beim einzigen Kinde, das nicht einen Kindergarten besuchte und das ohne eine minimale sociale Bewandtheit zu besitzen, zum ersten mal in die Schule kommt. Das Kind wird nicht selten bis zur Erschütterung unruhig-angstlich in der ihn befremdenden und abschreckenden Kindergesellschaft, von der er sich erst in der gemütlichen, häuslichen Atmosphäre erholt.

In diesen und anderen ähnlichen Fällen der paradoxalen Einsamkeit sieht man klar, dass Gesellschaft bedeutet nicht blos ein physisches oder nur passives Beisammensein von Menschen, sondern ein aktive dinamische gegenseitige Verbindung der Mitglieder, eine fortwährende Teilnahme. Nun giebt es zweierlei Verbindungen zwischen Menschen — Arbeits und Spielverbindungen. Die ersten werden hauptsächlich durch Anfassungsbedürfnis bestimmt, sind

nützlich oder nötig, wenn sie auch emotionell dem Menschen zwidersein können. Die Spielbeziehungen sind Lust-und Wunschbeziehungen, die die meist persönliche Gefühle und Neigungen des Menchens befriedigen. Da das Spiel im Leben der Kinder dominierend ist, so sind auch die Gesellschaftsverbindungen der Kinder Spielverbindungen. Die Langweile oder das Ausfehlen der Spielverbindungen Spieldeficit, fiehrt das Kind zu einer nervösmachender Einsamkeit. In jedem Fall der Kinderneurose lässt sich die paradoxale Einsamkeit oder das Spieldeficit als Ursache feststellen. Die Behandlung der Kinderneurose besteht aus zwei Momenten : 1) Moment der Befreihung, wenn man dem Kinde heilpädagogisch das unmittelbare Erkenntniss seiner Störungen beibungt ; die nicht als blinde Krankheitserscheinungen, sondern als Resultat seiner zu beseitigenden Einsamkeit ist. 2) Moment ist die entsprechende Lebensregulierung, die den krankmachenden Spieldeficit systematisch beseitigt.

ENCÉPHALITE POST-VACCIN ANTISCARLATINEUX

PAR

M. le Professeur Mazhar-Osman UZMAN (d'Istanboul).

En ces dernières années, il y eut beaucoup de publications sur les encéphalites, parfois très graves, causées par les vaccins. La clinique, l'anatomie pathologique des encéphalites causées par les vaccinations antivarioliques furent l'objet de sévères études. La mort d'un enfant à la suite d'une vaccination antivariolique, jusqu'ici innocente, troubla alors, à juste titre les esprits. Il y eut des personnes qui donnèrent raison aux médecins et à ceux qui préconisaient la vaccination facultative. Le fait de donner quelques cas graves, à issue fatale, ne pouvait justifier les vives attaques contre une opération sans danger, qui depuis des siècles sauve des dizaines de millions de personnes. On pensa et l'on décida de ne pas pratiquer la vaccination lorsque les sujets à vacciner étaient sous la menace d'une infection ou pendant les épidémies de grippe à moins de cas de force majeure et de nécessité absolue.

En ces dernières années des cas d'encéphalites furent signalés après vaccination préventive contre la scarlatine. Lors d'une épidémie de scarlatine chez nous, sur ordre du gouvernement, des centaines de milliers d'élèves furent vaccinés. J'ai été témoin d'un cas grave d'encéphalite chez l'un de ces enfants. Je ne sais si ce cas était un cas isolé ou si d'autres confrères en observèrent d'autres ; le cas observé par moi était grave et eut un cours qui attira l'attention, ce qui décida à le présenter. Ce cas fut observé et suivi par nous jusqu'à la fin qui fut fatale. Devant le typique tableau observé, personne n'aurait hésité à diagnostiquer une encéphalite léthargique. Est-ce que par simple hasard la vaccination avait-elle coïncidé avec le début d'une encéphalite ou vraiment le vaccin était le fauteur de l'encéphalite ? Quoi décider ? La manifestation clinique était tellement rapprochée de la vaccination et avait un tel rapport étroit avec celle-ci, qu'on ne pouvait ne pas attribuer raisonnablement cette encéphalite à la vaccination et ne pas l'accepter comme post-vaccinale.

Obs. : La malade que j'ai examinée le 11 mai 1931 était une petite fille originaire d'Eskichéhir, âgée de 5 ans ½ et présentant particulièrement des troubles et des modifications dans le caractère.

Résumé des antécédents et de l'état actuel de la petite malade fournis par les parents : Elle est née en janvier 1926. Elle ne montra rien d'anormal jusqu'à 4 ans et demi. Les parents et le frère âgé de 7 ans et demi ne présentent aucun trouble ni altération neuro-psychique. La petite était très gentille et très intelligente. Elle commence à marcher à l'âge de onze mois. Elle essaie ses premiers mots à cet âge. A 9 mois elle a la dysenterie.

En 1929, à la suite des cas de scarlatine constatés dans certaines localités d'Anatolie, on fit vacciner l'enfant. Les parents ne peuvent donner aucune précision sur la quantité de vaccin employé. Seulement, le vaccin fut pratiqué en 5 fois. Deux jours après la cinquième vaccination les troubles se manifestèrent. Au début les deux yeux de l'enfant glissent et louchent. Elle a de l'insomnie ; on lui fit prendre un narcotique. Le lendemain, encore sous l'effet du médicament, elle glisse et tombe ; dès lors la famille n'a plus le courage de lui en donner. On est obligé de subir les insomnies autant que les turbulences de la journée. Cet état d'excitation se manifeste non seulement par de l'insomnie mais encore par des troubles dans le caractère. L'enfant gentille et sage devient turbulente et querelleuse. Elle commence à se jeter en bas des escaliers ; elle est désordonnée, désobéissante et impolie. La famille est littéralement saturée. L'enfant est à plusieurs reprises sévèrement punie. Elle ne pleure pas. Si l'on refuse d'accéder à ses désirs elle pleurniche et se lamente jusqu'à impatienter ses parents, mais jamais une larme, les yeux sont secs. Elle tourmente son frère, le mord, le bat, lui tire les cheveux. Ces manifestations anormales augmentent de jour en jour davantage, jusqu'à devenir intolérables. Par exemple, elle inonde ses mets d'eau ou met de la sauce dans les carafes, etc...

Un symptôme des plus caractéristiques c'est qu'elle a tout le temps soif. Elle ne cesse de boire ou de demander à boire. Lors de mon examen elle demanda à boire à plusieurs reprises. Je lui fis donner de l'eau, elle buvait avidement et en redemandait. Puis elle voulait uriner... Elle buvait et urinait sans cesse. Parfois une partie de l'eau était dégurgitée de même pour le manger. Elle avait assez maigri, mais pas de sucre ni d'albumine à l'examen des urines. Elle toussait comme s'il lui était resté quelque chose dans la gorge.

Sa soif était intense, et le désir de boire se portait sur tout liquide. Elle absorbe tout liquide rencontré : Eau sale, urine, etc...

Elle n'est nullement idiote, au contraire elle est d'une intelligence très vive. C'est un petit démon. Bavarde, gentille, un tempérament hypomaniaque chez un diplomate... une fine mouche. La maladie suscite en elle des habitudes nouvelles et très mauvaises. Ex. : Le plaisir d'être sale. Elle raffole de l'odeur âcre et forte des transpirations. Pendant l'examen, elle essayait de fourrer son petit nez sous les aisselles des uns et des autres et surtout de son oncle qui était présent. Elle aimait plonger son doigt dans ses excréments et puis le porter et l'introduire dans ses narines. Elle se met à 4 pattes, tend les jarrets, et galope. Des turbulences sans expression et fades. Elle essaie souvent de griffer et de frapper sa mère. Elle cherche par tous les moyens, et cela malgré la résistance de ses parents, de faire exécuter ses désirs. Elle traite sa mère de vieille folle etc... On ne parvient pas à vaincre son entêtement ni même à l'adoucir.

L'enfant continue à être malade, elle est affaiblie et maigre ; les insomnies continuent, elle n'a pas d'appétit et est toujours très turbulente. Voici un cas d'encéphalite s'attaquant au caractère ressemblant absolument à la forme infantile de l'encéphalite épidémique. Ce cas fut suivi pendant 18 mois, il y eut des rémissions, la petite succomba au bout de ce temps cachectique. La cause... « Le vaccin anti-scarlatineux ». Cette observation ne peut-elle offrir que l'intérêt d'être une curiosité scientifique ? Nous pensons que la tête du malade doit attirer l'attention du médecin autant que la poitrine ou l'abdomen. L'anomalie de la totalité de 12 paires de nerfs craniens, le changement dans le caractère et dans l'intelligence doivent faire penser à une encéphalite. En y pensant nous aurons à tenir compte de la prophylaxie de la thérapeutique et de l'épidémiologie. Nous devrons penser à sauvegarder le cerveau du froid et des autres diverses infinences actives pathogènes autant que la poitrine et l'abdomen. Dès l'apparition des premiers symptômes il est du devoir du médecin, pour faire avorter le mal, de nettoyer et désinfecter la bouche, les narines, les oreilles et la gorge, d'administrer des purgatifs, de faire prendre des bains de pieds chauds, d'injecter de la lylotropine, de donner de l'urotropine, de faire mettre de la glace sur la tête, de pratiquer l'abcès de fixation et l'autohémothérapie, en un mot de faire avorter le mal en l'affaiblissant et le rendant le plus possiblement bénin. Il est prudent de ne pas pratiquer la vaccination chez les débilités, les enrhumés et les cas douteux peut-être d'infection commençante, sauf cas de force majeure.

L'ENFANT D'UNE PARALYTIQUE GÉNÉRALE

PAR

MM. les Professeurs Mazhar-Osman UZMAN et Ihsan SCHÜKRÜ-AKSEL
(d'Istanboul).

Les femmes paralytiques générales peuvent concevoir et même enfanter. Mais le fœtus de 8 mois, extrait du ventre de sa mère P. G. morte à la suite d'un accès de malaria est intéressant à étudier à plusieurs points de vue. Nous présentons le cas :

Mme X... âgée de 30 ans, maîtresse d'un certain M. X. Elle est hospitalisée pour P. G. à l'hôpital de Chichli, voici 3 ans. Après un traitement à la malaria elle quitte l'hôpital notablement améliorée. Elle continue à vivre comme auparavant.

Le 28 avril 1931, elle montre derechef une assez forte excitation. Elle est cette fois admise à l'hôpital de Bakirköy.

Les réactions : sang et L. C. R. sont nettement positifs. La malade nous apprend qu'elle est enceinte de 6 mois. Le 6 mai 1931, on pratique la malariathérapie. Le premier accès de fièvre survient 13 jours après. La température est de 37,5-38,5. Les accès sont espacés d'un jour. Au septième accès elle tombe d'un coup dans le coma et malgré les interventions, elle succombe le 4 juin 1931. Quelques instants avant la mort il y a avortement.

Le fœtus, au point de vue morphologique et structure extérieure, était normal. A l'autopsie : on ne voit aucune altération ou modification macroscopiques. Rien de spécial à noter dans les os, la peau et les viscères. Le foie et la rate étaient légèrement hypertrophiés. Pas de plasmodies ni spirochètes dans le sang, le cerveau, le foie et la rate. Les plasmodies étaient arrivées jusqu'au placenta, sans pourtant le dépasser. Pas de parasites chez le fœtus. La rate, le foie, le sang et le cerveau furent très minutieusement examinés : pas de plasmodies.

Examen microscopique :

Pie-mère : épaissie par endroit, petite nappe d'hémorragie. Augmentation des vaisseaux dans la substance blanche (*fig.* 1). On remarque des cellules nerveuses qui n'ont pas encore accompli leur migration et qui par endroit sont groupées autour des vaisseaux. A grossissement réduit elles donnent l'aspect d'infiltration. A grand grossissement on voit qu'elles sont des cellules nerveuses. Dans le cortex l'alignement des cellules est très serré, jusqu'à ne pouvoir être différencié. Parmi les tas de cellules nerveuses non émigrées on voit des neuroblastes ronds en poire et des cellules de glia, picnotiques, en masse et de dimension différente.

Dans les parties hémorragiques des méninges des fibroblastes isolés à caractère embryonnaire et des cellules endothéliales grossies et de coloration pâle. Quelques lymphocytes et phagocytes. Dans les couches extrêmes parmi des

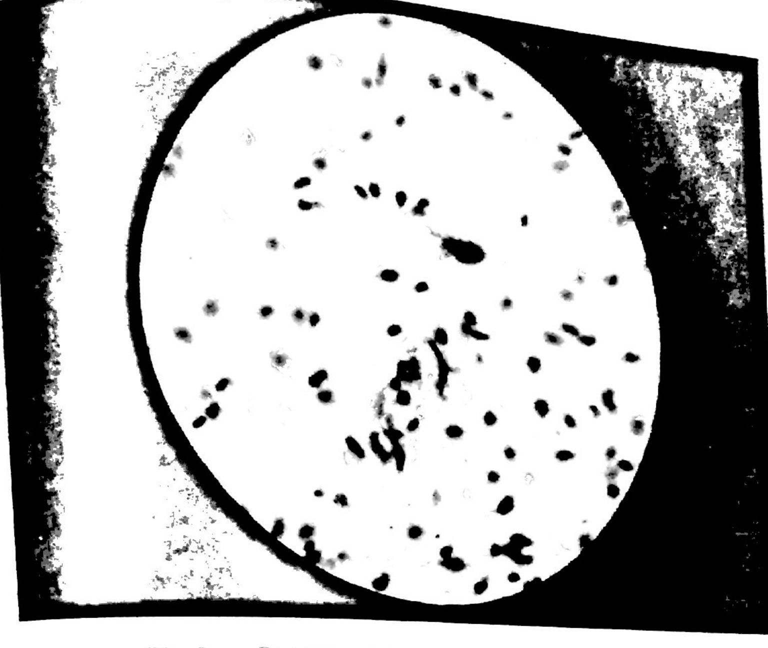


Fig. I. — Des neuroblastes dans la substance blanche.

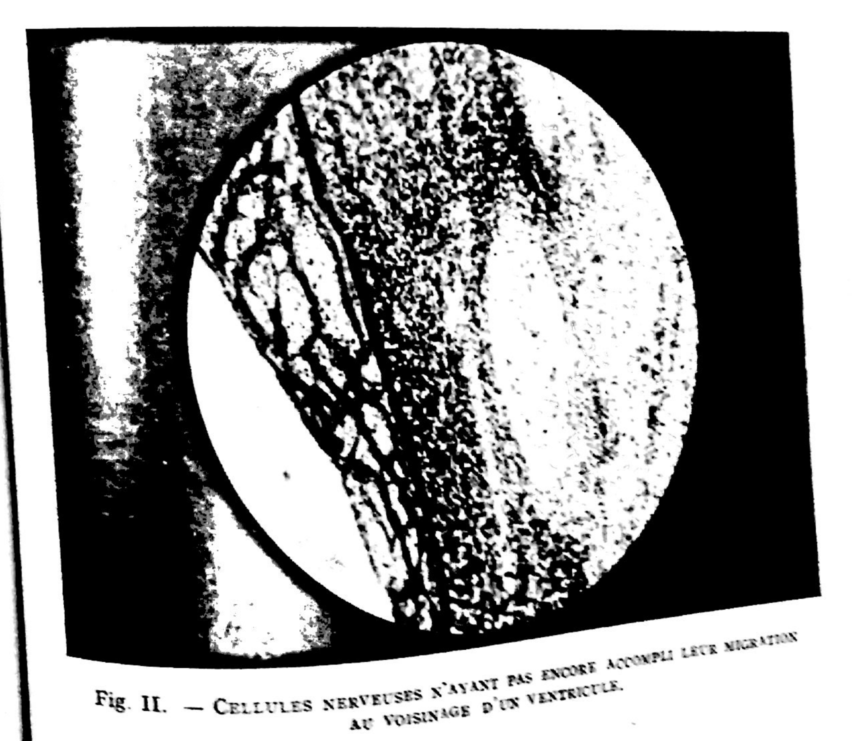


Fig. II. — Cellules nerveuses n'ayant pas encore accompli leur migration au voisinage d'un ventricule.

cellules de glia à aspect différent on remarque des restes de neuroblastes en forme de poire et assez grossis.

Dans les noyaux centraux et sous les couches épendymaires des environs des ventricules on remarque des îlots de cellules non encore émigrées (*fig.* 2). Au niveau de la couche optique des neuroblastes et des groupes de glia. Dans le striatum des neuroblastes en grand nombre.

On remarque des hémorragies des méninges au niveau de la base du cerveau, qui par endroit pénètrent jusque dans la substance cérébrale et dans la choroïdienne.

Un point intéressant à noter : Dans le tissu des méninges on voit des îlots de choroïdienne. Au petit grossissement ces îlots montrent l'aspect d'infiltration, sont groupés et en désordre, tandis qu'au fort grossissement on voit que ce sont des cellules primitives de choroïdienne.

Au niveau de la corne d'Ammon et du noyau dentelé on rencontre une infiltration cellulaire autour des vaisseaux et un foyer de glia tout près d'un des vaisseaux. Au niveau du cervelet dans la zone extérieure on rencontre les cellules de la couche granulée subjacente aux cellules Purkinje, on remarque en outre qu'elles ne sont pas encore complètement différenciées.

Malgré les minutieuses et sérieuses recherches, pas de spirocheta pallida, ni de plasmodies dans l'écorce cérébrale, ni dans les viscères.

Résumé de nos observations :

I. — L'aspect histologique montre une irritation mésenchymale. Hypertrophie des méninges accompagnée d'hémorragie. Les vaisseaux (particulièrement dans la substance blanche) montrent une augmentation manifeste.

II. — Les couches cérébrales non encore différenciées et ordonnées, le grand nombre des neuroblastes rencontrés, des amas de cellules n'ayant pas accompli leurs migrations autour des vaisseaux, les cellules primitives choroïdiennes montrent que malgré que le fœtus ait 8 mois, le cerveau ne s'est pas normalement développé et est en retard.

Nous n'avons pas rencontré dans la littérature médicale une observation ou une étude concernant un fœtus réunissant les conditions ci-dessus citées, mais l'on peut facilement trouver des notions sur le fœtus syphilitique.

La plupart des auteurs pensent que le fœtus prend la syphilis au cours de la deuxième grossesse, par la voie placentaire, c'est-à-dire après le cinquième mois de la gestation (Szesö)... Pour les avortements de la première grossesse ils ne sont pas attribués à la syphilis.

Bertacini et quelques auteurs avancent qu'il ne faut pas prendre en considération le fait que le père donne la syphilis à l'enfant par l'intermédiaire du sperme, celui-ci ne renfermant que très peu de spirochètes. En somme il découle de ceci que la voie d'infection syphilitique est la voie maternelle.

Le placenta passe certains médicaments au fœtus ainsi que le spirochète. Pack publie que par la méthode Leongard il a pu expérimentalement fixer et déterminer le bismuth donné à des chattes et des souris femelles dans les reins des petits. Nos expériences sur des lapines gravides avec des colorants basiques ont montré que ces matières ne dépassaient pas le placenta ni à la première ni à la seconde grossesse.

Jacob cite le cas d'une spirochetemie chez les enfants syphilitiques, la différence entre ces cas et la syphilis acquise c'est qu'ici il y a une inflammation intersticielle diffuse et la grande quantité de spirochètes dans l'organisme. Des gommes aussi ont été rencontrés mais l'aspect essentiel c'est des foyers de vaisseaux pleins de cellules d'infiltration et le grand nombre de spirochètes. Ranke, chez des fœtus syphilitiques a rencontré le spirochète dans la pie-mère. Des

foyers d'infiltration et d'hémorragie accompagnés de nombreux fibroblastes. Le spirochète s'introduisant d'ici dans la matière cérébrale suscite une réaction du glia et ainsi détruit certaines cellules nerveuses.

Plusieurs auteurs ont de même noté cet aspect de méningo-encéphalite. Ils sont d'accord sur le fait que l'aspect dominant au niveau du cerveau dans la syphilis acquise ressemble fort à l'aspect de l'endarthrite de Heubner accompagné d'hémorragie.

Virchow a remarqué de grandes zones d'hémorragie entre la pie-mère et le cortex ainsi que dans les ventricules.

Ibrahim a observé de l'hydrocéphalie externe et interne dues à l'atteinte des plexus choroïdes. Cet état ou alors un foyer se centralisant au voisinage de l'hypothalamus pourrait entraîner le tableau vers un syndrome hypophisaire. Quoique rarement on rencontre aussi des gommes.

Zizuka note que chez des enfants nés de mère syphilitique la pression du L. C. R. peut être augmentée et qu'on peut voir de la leucocytose et de l'albuminose. Dans 15 cas d'encéphalopathie, Babonneix a relevé l'existence de la syphilis dans l'encéphalite infantile. Dans les temps passés ces cas étaient attribués à la parturition très difficile. Et durant longtemps, au cordon s'enroulant autour du cou, à l'asphyxie de naissance. L'encéphalopathie syphilitique à elle seule peut très bien produire cela. Strauss cite le cas d'un enfant de 17 ans de mère syphilitique mort d'une hémorragie cérébrale subite et d'un œdème du poumon.

Le seul cas de femme P. G. enceinte que j'ai rencontré dans la littérature médicale :

Hamel et Courtier ont pratiqué à une P. G. enceinte la malariathérapie. Il y eut 13 accès ; après ces accès on remarqua que la femme était enceinte de 6 mois. La femme eut un enfant bien portant.

Dans le sang du cordon, la réaction Hecht est (+) Calmette (+) tandis que chez la mère, ces réactions donnèrent (++++). Mais dans ce cas la mère et l'enfant étaient en vie. Il n'y a aucun rapport direct avec notre observation.

Quant au défaut de développement cérébral : dans notre cas les couches cérébrales n'avaient pas encore pris leur caractère définitif. Un grand nombre de neuroblastes dans la substance blanche n'avaient pu compléter leur développement. Il y avait encore des amas de cellules nerveuses embryonnaires au voisinage des ventricules. Cet aspect correspond à un retard du développement cérébral. En ce cas il nous faudrait accepter que : les toxines du spirochète de la mère s'introduisent chez l'enfant et produisent cette irritation mesenchymateuse qui donne lieu à l'arrêt du développement cérébral.

BIBLIOGRAPHIE

SZESÖ. — Therapia 1929-6. Ref. Zb. Haut u. geschl. 35-3/4.
BERTACCINI. — Urologie rev. 1929-33. Ref. Zb. Haut u. geschl. 31-3/4.
PACK. — Amest. J. syph. 1930-14. Ref. Zb. Haut u. geschl. 35 3/4.
IHSAN SCHÜKRÜ-AKSEL. — Zentralbl. f. d. ges. Neu. u. Ps. Bd. 64 3/4.
YAKOB. — Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. XI, 1930.
RANKE. — Neur. Zentralbl. 1906-636.
ZIZUKA. — Zentralbl. Haut und geschlechtsk. 1930-35.
BABONNEIX. — Ann. mal. ven. 1929-24.
STRAUSZ. — Gyogyaszat 1930-1. Ref, Zb. Haut 35-3/4.
DOI. — Zbl. Haut u. Geschlechtsk 1930 1-2.
HAMEL et COURTIER. — Bull. de la Soc. de France de dermatologie et de syph. 1931-1.

CORRESPONDANCE ENTRE LES TYPES DE CONDUITE ET LES RÉPONSES AUX QUESTIONS D'INTELLIGENCE

PAR

Madame JADWIGA ABRAMSON (de Paris)

Comme le problème des tests de comportement est à l'ordre du jour, j'aimerais attirer l'attention des psychiatres sur le fait que les réponses et les réactions aux tests de niveau d'intelligence nous renseignent très utilement sur les attitudes sociales des enfants testés. En effet, si l'on se donne la peine de noter les réponses, on découvre des correspondances très nettes entre le type général de conduite d'un enfant donné et ses réponses aux questions de niveau. Il va sans dire que tous les tests usuels de niveau n'ont pas la même valeur pour le diagnostic du comportement général, ou plutôt prédominant de l'enfant. Je voudrais signaler les épreuves de niveau qui, d'après mon expérience personnelle sont les plus révélatrices, et quelles sont les conduites le plus facilement dépistées.

En premier lieu, ce sont les conduites et les comportements d'instables. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le cahier de Terman ou sur la feuille de Binet-Simon pour dépister ce type de réactions. Les réponses sont dispersées sur une très large échelle ; il existe même des cas où il faut faire passer les tests depuis l'âge de 7 ans jusqu'aux tests d'adulte ; c'est-à-dire presque d'un bout à l'autre de l'échelle. Il y a plus : si l'on a examiné beaucoup d'enfants instables, on peut prédire, avec peu de risque de se tromper, quelles sont les épreuves qu'ils peuvent réussir. Un autre caractère frappant est le fait que l'instable répond souvent mieux aux questions difficiles qu'aux questions plus faciles. Nous ne pouvons pas approfondir ici le problème de la conduite complexe et souvent déconcertante de l'enfant instable ; nous ne pouvons que mentionner qu'il échoue surtout dans les questions qui exigent un effort plus continu et de la persévérance ; il répond bien à celles qui peuvent se résoudre intuitivement et par des éclairs de réflexion intense mais de courte durée. C'est pour cette raison que les questions de compréhension sont les mieux réussies, à condition qu'elles soient courtes. Par contre, les tests plus longs, celui des fables en premier lieu, donnent un grand nombre d'échecs. Comme il n'aime pas se dépenser, l'instable a, le plus souvent, des réparties toutes faites qu'on pourrait appeler réponses « sur commande » et qui consistent à répéter les leçons qu'on lui prodigue tout le temps à cause de sa turbulence, de son inattention et de ses colères. Un seul exemple pour fixer les idées. A la question : « Pourquoi pardonne-t-on plus facilement une mauvaise action faite en colère que si elle est faite sans colère ? », l'instable répond le plus souvent qu'on la pardonne plutôt si elle est faite sans colère, ceci parce qu'on lui enseigne tout le temps qu'il ne faut pas se mettre en colère.

Si l'on prend les types de conduite de l'épileptoïde ou ceux de l'anxieux et de l'émotif, on constate l'inverse. Comme ces enfants ont besoin de se familiariser avec la question, de s'habituer à elle et de l'approfondir avant de pouvoir réagir, les fables sont relativement les mieux réussies. Ce sont, par contre, les questions d'intuition et d'intelligence pratique, qui donnent le plus grand nombre d'échecs. En particulier, la solution de l'épreuve de la balle dans le champ est bien caractéristique pour ces enfants. Les anxieux et les émotifs, continuellement hésitants et indécis, se représentent le chemin pour retrouver la balle sous forme d'arabesques qui ressemblent à leur esprit inquiet et tâtonnant. Ils se trouvent infiniment plus à l'aise dans les tests verbaux : explication de mots ou d'imagination verbale, qui s'accordent mieux avec un flou de la pensée et une imprécision du langage. Aussi, les tests des rimes et de la formation des phrases qui donnent un nombre impressionnant d'échecs chez les instables, sont-ils généralement bien réussis par les émotifs.

L'enfant mythomane se reconnaît par sa façon d'interpréter les images et par la reproduction des souvenirs de mémoire : les deux épreuves lui donnent l'occasion de broder d'une façon plus ou moins fantaisiste.

La qualité des réponses du paranoïaque se rapproche le plus de celle de l'enfant normal. Cependant, la logique du paranoïaque est plus rigoureuse et surtout plus rigide. Ce type de conduite se distingue avant tout par une attitude de protestation et de refus, ceci non pas parce que la question posée paraît trop difficile, mais parce que le paranoïaque redoute fort de se montrer insuffisant, et que le refus de répondre lui donne cette apparence de supériorité, tant souhaitée par lui.

Un des tests les plus révélateurs au point de vue diagnostic clinique est l'épreuve des 60 mots en trois minutes, parce qu'il nous dévoile les complexes de l'enfant. Il nous révèle en même temps ses intérêts et nous savons qu'ils sont en rapport étroit avec l'affectivité. Aussi, est-il très important de noter les chaînes des associations dans leurs successions. On retrouve alors toute la gamme des intérêts, des préoccupations et surtout des inquiétudes de l'enfant.

Pour terminer, je veux citer, parmi des centaines d'autres du même genre, quelques exemples de réponses à un test qui, au premier abord, paraît avoir peu de rapport avec l'affectivité. Invité à trouver des rimes avec le mot « obéissance », un enfant anxieux dit : « puissance, aisance, avance » ; un petit Little intelligent répond : « puissance, aisance, balance ». Un paranoïaque me dit : « silence, patience, prudence » ; une autre petite paranoïaque, qui souffre d'un sentiment d'infériorité à cause de son type nettement martiniquais, me répond : « naissance, intelligence, prévoyance ». Pourrait-on trouver une formule plus parfaite et plus courte pour exprimer les blessures que portent en eux ces enfants mal adaptés ? Et pourtant, on ne leur pose aucune question directe sur ce qu'ils aiment, ou sur ce qu'ils n'aiment pas.

TESTS MOTEURS D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE EN PSYCHIATRIE INFANTILE

PAR

M. le Dr BAILLE (de Paris)

Hier, au Patronage de l'Enfance, dans son Service de Neuro-Psychiatrie Infantile, le Dr Heuyer vous a dit l'intérêt qu'il attachait aux tests moteurs dans l'orientation professionnelle des enfants qu'il avait à examiner.

Je voudrais, en quelques mots, vous dire comment, dans son service, se pratiquent ces examens moteurs et vous redire les renseignements qu'ils nous apportent.

Le but que nous nous proposons est de connaître rapidement les capacités motrices d'un sujet, son habileté manuelle, en vue de son orientation professionnelle. A côté de son profil psychologique et en analogie avec lui, nous cherchons à établir en quelque sorte son « profil moteur ».

Nous utilisons, à cette fin, des tests antérieurement en usage en France au Laboratoire de Psychologie du Professeur Lahy, de l'École des Hautes-Études. Mais nous les avons adaptés à nos préoccupations particulières et nous avons ainsi à notre disposition un matériel simple, facile à constituer et éventuellement à transporter.

Voici l'énumération rapide des tâches à exécuter, des tests tels que nous les avons simplifiés :

1º visser des écrous ;

2º enfiler des aiguilles avec un fil résistant, un fil métallique ;

3º répartir 4 par 4 de petites tiges de métal dans les trous d'un plateau ;

4º prendre dans une série de 5 boîtes et suivant un ordre déterminé des chevilles de couleurs différentes et les enfoncer dans un plateau-support ;

5º enfiler des perles, par séries de 4, avec un fil métallique ;

6º trier des perles de couleurs différentes ;

7º placer sur un socle perforé des chevilles, en les coiffant chacune d'un dé : enlever ensuite d'une main les dés et de l'autre les chevilles par un mouvement symétrique des 2 mains ; recommencer plusieurs fois le placement et l'enlèvement.

Ce travail demande de 30 à 40 minutes : il est d'autant plus long que le sujet a plus de peine à s'assimiler la technique, à comprendre, à voir la démonstration qui lui est faite de chaque test et à l'exécuter, à son tour, correctement. Ce n'est, en effet, que lorsque l'assimilation est bonne, que le chronométrage entre en jeu. Le temps d'exécution, sur lequel se base le chiffrage des résultats, est de 1 ou 2 minutes suivant le test.

La série des tests terminée, le profil s'établit d'une façon immédiate, sans aucune perte de temps. Des barèmes en rapport avec l'âge permettent de déterminer pour chaque test le classement, suivant le principe dit en psychotechnique du quartilage, c'est-à-dire la répartition en 4 catégories :

bon — assez bon — médiocre — mauvais.

L'ensemble des différents classements obtenus réalise ce que nous appelons « le profil moteur ».

Comment se présentent ces profils moteurs ? Quelles sortes de types rencontrons-nous ?

— Une série de points uniquement ou essentiellement dans la première colonne représente le type « *bien doué manuel* ».

— A l'inverse le type mauvais est caractérisé par une répartition des points dans la dernière colonne entièrement ou en majeure partie : *t. maladroit*.

— Entre ces types extrêmes se place « *le type dispersé* » avec des points de distribution variée dans les différentes colonnes ; certaines épreuves ont été bien réussies et d'autres médiocrement ou mal.

Quelle signification accorder à ces divers profils ?

— Dans le 1er type nous nous trouvons devant un sujet capable de réussite manuelle.

— Dans le 2e type nous avons affaire à un maladroit : chez lui on retrouve à coup sûr les signes de la débilité motrice de Dupré. Il est inutile de chercher à lui donner un métier spécialisé : il est trop malhabile pour faire un apprentissage productif.

— Le type dispersé est d'appréciation plus délicate : le sujet n'est pas forcément maladroit, il a été capable de réussir certaines épreuves : son adaptation est donc possible, mais il faut compter avec plus ou moins de lenteur d'assimilation : c'est à l'essai, à l'atelier que l'on jugera vraiment ce qu'il pourra faire. D'autre part un travail simple, un travail automatisé lui offrira des ressources.

Assez souvent l'émotivité du sujet gêne les épreuves, les complique : un manque de réussite ne signifie pas incapacité radicale. De son côté, la fatigue marque son effet sur certains profils et des sujets qui, dans les premiers tests, donnaient de bons résultats, en donnent de moins bons à la fin des épreuves : ils se fatiguent. Ces 2 perturbations, émotivité et fatigue, ajoutent d'ailleurs parfois leur action.

Vous voyez donc qu'à côté de l'élément moteur, adresse manuelle, nous pouvons trouver dans ces examens des indications sur le tempérament du sujet : *l'émotif* se montre à coup sûr. Quant au *paranoïaque*, il lui arrive de se révéler très nettement : la prise de contact est difficile, le sujet ne veut pas se plier aux consignes : son opposition se traduit par un fléchissement des résultats qui ferait illusion sur ses capacités : on les sous-estimerait en ne tenant compte que de la représentation graphique. Il est vrai que cet examen fait préjuger à l'avance de ce que sera le comportement en apprentissage où les plus avantageuses dispositions motrices perdront leur efficacité devant les troubles du caractère.

Notons, en terminant, que cet examen moteur permet de juger de la compréhension pratique du sujet et tel enfant qui s'est trouvé désorienté à l'examen psychologique, au Binet-Simon, se comporte de façon plus satisfaisante au cours de l'examen par les tests moteurs : on est dans le concret, la manipulation d'objets familiers met le sujet dans un état naturel, où son intelligence pratique se fait jour.

Je voudrais, que ce court exposé vous ait montré qu'il est possible, dans un Service de Psychiatrie Infantile, de faire rapidement un examen de la motricité en vue d'une orientation professionnelle. Pour cela, un matériel simple, facile à constituer, suffit. Les résultats obtenus permettent un dégrossissage utile dans la décision à prendre ou le conseil à donner.

BUT ET MÉTHODE DE LA NEURO-PSYCHOLOGIE INFANTILE

PAR

M. le Docteur Gilbert ROBIN (de Paris)

Depuis plusieurs années, sans négliger les cas d'arriération mentale et de perversions qui relèvent de la neuro-psychiatrie infantile, je me suis attaché à l'étude de ceux qu'on appelle — en dépit de leur intelligence — les mauvais élèves et les enfants terribles.

Pour entraîner les pédagogues et les médecins, pour leur montrer que nous n'avons pas le droit de nous contenter d'épithètes dans lesquelles se résume et se blottit lâchement notre ignorance : paresse, inattention, distraction, j'ai été jusqu'à attaquer la notion de défaut, jusqu'à nier les défauts en déclarant : il n'y a pas de défauts, il n'y a que l'ignorance des causes de ces prétendus défauts.

Aussi ai-je proposé le terme de neuro-psychologie infantile, pour cette branche nouvelle de la médecine qui, ne se limitant pas au traitement et à l'éducation des arriérés et des pervers, dépiste les désordres les plus légers de l'esprit, les anomalies les plus bénignes du caractère, bref, arrachant les défauts et les vices à l'interprétation familiale et pédagogique, en poursuit l'étude scientifique et s'attaque aussi aux mauvais élèves, aux enfants terribles.

Quand on a pour spécialité les désordres psychiques et les déficiences intellectuelles de l'enfant, on a la partie belle pour critiquer les méthodes de la médecine actuelle.

On assiste chaque jour aux méfaits de cette médecine d'organes, de cette médecine strictement analytique, de cette médecine de dissection sans essai, après analyse de reconstruction. Voici à peu près comment les choses se passent. Le médecin, non prévenu, en présence d'un arriéré ou d'un pervers, ou d'un mauvais élève, déclare après un examen minutieux, de chaque organe isolément (poumons, cœur, foie, intestins etc...) « les organes fonctionnent parfaitement ; cet enfant est superbe. Je ne vois aucune anomalie médicale ». Et ce médecin là, à nos objections, pourrait rétorquer : « Chaque organe étant sain, leur ensemble ne peut être que sain. » C'est là où l'on peut le reprendre : sur la notion de dysfonction, ou si l'on veut un terme mécanique, d'un mauvais engrenage entre des fonctions isolément normales.

La personnalité sera justement la résultante de ces fonctions interdépendantes, la synthèse d'éléments à la fois épars et intimement liés. La personnalité sera le résultat d'une fusion entre le tempérament et le caractère. Le tempérament exprime moins la constitution strictement physique d'un individu qu'une synthèse faite des fonctions glandulaires et du système vago-sympathique. Le

caractère représente l'attitude mentale d'un sujet en fonction de ce tempérament, soit qu'il en épouse les contours, soit qu'il se forme par réaction. Il n'y a donc pas dans le caractère les lignes immuables qu'à mon avis trop d'auteurs lui assignent. S'il est des caractères fixés dès la naissance, préformés, il en est qui se forment et s'acquièrent. Certains même se créent par l'éducation et l'exemple. Le caractère marque des tendances, une flèche indicatrice si l'on veut. Ainsi donc il n'y a pas lieu d'opposer le corps et l'esprit. Il existe un tout organo-psychique, que modifient toutefois les méthodes thérapeutiques. C'est pourquoi la médecine peut agir avec efficacité sur une personnalité ainsi conçue d'une manière souple et mouvante, en perpétuelle transformation, en perpétuel devenir.

Sans rien négliger des symptômes superficiels, nous irons avec la méthode concentrique de Laignel-Lavastine, jusqu'à ce noyau profond qui, si j'ai bien compris sa phrase se confond avec la personnalité tout entière.

Heureusement, nous avons pour agir sur le système vago-sympathique, des agents efficaces ; les progrès de l'endocrinologie nous permettent d'agir sur les troubles glandulaires générateurs d'excitation, d'instabilité, d'asthénie, de dépression. La thérapeutique neuro-endocrinienne de l'enfant, donne des résultats surprenants.

L'intérêt de ces études endocrino-sympathiques chez les écoliers vise moins à traiter un syndrome glandulaire cliniquement pur, évident qui peut toujours exister chez un enfant, qu'à dépister les petits signes, les nuances cliniques, les apparences, la présentation, les attitudes de physionomie, qui peuvent aiguiller vers un diagnostic d'impression dont dépendra une thérapeutique curative ; diagnostic d'impressions qui n'en est pas pour cela moins scientifique, car il est fait de recoupement psychologique entre des cas de psychologie normale, d'endocrinologie pure, et d'aliénation mentale même, d'un enseignement précieux pour l'étude des types extrêmes. Le dépistage, parce qu'il est souvent subtil, est pour cette raison même très précis. Du reste l'erreur du médecin dans son flair diagnostic, serait vite dénoncée par l'insuccès thérapeutique.

* * *

Comment classerons-nous ces enfants à intelligence normale qui passent pour des paresseux, des inattentifs, des instables et se rangent parmi les derniers de la classe ?

Voici, hâtivement résumée, la classification que je vous propose, comme me paraissant la plus pratique et la plus claire.

1° Syndromes endocriniens purs, dans lesquels se recrutent les hypothyroïdiens, les hyperthyroïdiens, les hypophysaires, les insuffisants surrénaliens, etc.

2° Syndromes neuro-endocriniens, ou endocrino-sympathiques, ou endocrino-végétatifs. Les actions interferrentielles des systèmes nerveux et glandulaires sont désormais classiques.

Ces syndromes neuro-endocriniens sont quelquefois difficiles à déceler en ce sens qu'il n'est pas toujours aisé de faire la part de ce qui est glandulaire et de ce qui est organo-végétatif. Toujours est-il que d'un point de vue pratique, on n'arrive à un bon résultat thérapeutique que si on traite à la fois les deux systèmes.

I) Un système endocrino-sympathique, c'est-à-dire où — sans exagération du M. B. — les éléments sympathiques sont prépondérants.

Ce sont en général des enfants hypersensibles, timides, atteints de tremblements, de sueurs profuses, de tachycardie, de complexes affectifs, de crises anxieuses. Et cependant si on ne les traitait que sous l'angle sympathicotonique on passerait à côté de la partie importante de dysthyroïdie qui existe chez un de ces enfants. Cette dysthyroïdie, a été magistralement décrite par L. Lévi ; elle cède au traitement glandulaire où la thyroïde intervient à doses infimes et aux antispasmodiques.

II) Les syndromes vago-endocriniens où l'émotivité est moins apparente que dans le groupe précédent, où il s'agit en général d'enfants en apparence froids, mais très impressionnables, très vulnérables au moindre choc émotif. Le teint est pâle, bistré ou blafard ; l'enfant a des tendances à la syncope, à la fatigue en dehors de tout effort et de toute activité, fatigabilité psychique rapide, hypotension marquée ; R.O.C. en général très fortement positif : j'ai ainsi fréquemment observé une chute du pouls à 50%. Il y a intrication de vagotonie et d'insuffisance surrénale et l'association des deux thérapeutiques transforme véritablement ces enfants.

3° Syndromes psycho-endocriniens. Enfin nombre d'enfants taxés de paresse, d'inattention et de distraction, présentant divers syndromes qu'on peut appeler psycho-endocriniens. Ceux qu'on observe le plus souvent sont :

a) La psychasthénie et la neurasthénie infantiles avec fatigabilité du matin, guérison de 5 heures du soir (Montassut), hypermoralité d'enfants trop consciencieux, sentiment de honte et d'infériorité, doute de soi, tendances anxieuses.

b) La dépression où, aux signes de psychasthénie et de neurasthénie infantiles, s'ajoutent une sorte d'ennui, de tristesse chronique, avec préoccupations métaphysiques et parfois idées précoces de suicide.

III) Un syndrome psycho-endocrinien sur lequel on n'a pas assez insisté avec retard affectif, infantilisme affectif, dans des enfants qu'on peut appeler des éternels bébés. Le corps et l'intelligence évoluent, l'affectivité est stationnaire ou en régression. Ils ne quittent pas leurs parents et présentent vis-à-vis de ces derniers ce que j'ai appelé le regard maternel.

Ce qu'on rencontre souvent c'est l'association de retard affectif et de troubles glandulaires. Comme les signes d'émotivité manquent rarement on rencontre intriqués les uns dans les autres des signes d'hyperthyroïdie et des signes d'hypothyroïdie chez des enfants qui présentent souvent un visage poupin aux traits gras et blafards, au teint sensible. Le syndrome adiposo-génital est souvent constaté, ce qui montre qu'il ne faut pas chercher une origine uniquement psychique à ces retards affectifs, non plus qu'une origine seulement neurologique.

Tels sont les syndromes généraux dans lesquels peuvent rentrer les enfants taxés de défauts, lorsqu'on ne peut relever aucune erreur éducative et lorsqu'il n'existe aucune opposition, aucun trouble du caractère.

Pour arriver ici à un heureux résultat, il ne doit pas exister d'opposition entre les méthodes morphologiques pures de Thooris et les méthodes endocrinomorphologiques de Cawadias et les méthodes psychothérapiques et plus spécialement psychanalytiques.

Il n'est pas trop de toutes les méthodes pour répondre aux cas innombrables de la clinique. Il ne faut être inféodé à aucune et savoir les manier toutes. Ceux

qui n'ont pas de parti pris dogmatique savent très bien que dans certains cas de constitutions psychiques anormales chez l'enfant, l'endocrinologiste et le neurologue obtiennent les mêmes résultats favorables que le psychanalyste.

Mais tout en affirmant ici mon respect pour les résultats indubitables de la psychanalyse, il m'apparaît très important de rechercher dans des manifestations souvent uniquement psychiques, les éléments physiologiques et endocriniens qui peuvent être à la base.

Alors, qu'il est souvent difficile d'obtenir d'heureux résultats thérapeutiques dans des cas de dépression mélancolique, de psychasthénie chez l'adulte — j'ai été souvent étonné de transformations, sous traitement, complètes, à tel point que j'en arrivais à douter de la notion innée de caractère, des transformations dis-je qu'on peut remarquer chez l'enfant déprimé et psychasthénique, à la suite d'un traitement opothérapique intensif (thyroïde, surrénale, extrait cérébral, orchitique, hypophysaire).

De même dans l'infantilisme affectif et même dans la constitution épileptoïde. Ces résultats thérapeutiques prouvent qu'on ne doit pas rester sous la vieille dualité physique et psychique, et qu'on doit traiter chaque affection d'un point de vue médical, même si sa présentation est uniquement intellectuelle et mentale.

D'où l'intérêt de s'attaquer aux faits que cache cette entité stérile, le mot défaut. D'où l'intérêt de la neuro-psychologie infantile.

CONSIDÉRATIONS NEURO-PSYCHIATRIQUES SUR LE BÉGAIEMENT

PAR

le Docteur G. HEUYER et Madame KOPP

La question du bégaîment est toujours traitée par les auteurs comme relevant seulement de la psychologie ; tous la considèrent comme un trouble émotif et mettent en évidence, dans son étude, des facteurs affectifs.

Depuis 1934 à la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, nous poursuivons des recherches sur le bégaîment : nous avons pu observer et étudier près de 150 bègues. Chacun d'eux a été soumis à tous les examens qui sont habituels dans notre Service : recherche anthropométrique, mensuration et poids ; examen médical neuro-psychiatrique, endocrinologique, hématologique et radiologique. Le niveau mental de chaque enfant est soigneusement précisé.

Le système moteur n'est pas seulement étudié avec la méthode neurologique habituelle. Pour les enfants au-dessous de 4 ans nous employons les tests de Kuhlman, Izard et Decroly ; pour les enfants au-dessus de 4 ans nous employons l'échelle des tests d'Ozeretsky qui permettent d'apprécier l'âge moteur global de l'enfant et d'étudier chacune des fonctions motrices : pyramidale, extra-pyramidale et cérébelleuse.

Sur une série de tableaux que nous présentons, chaque ligne indique le résumé de l'observation d'un malade ; nous voyons successivement son âge chronologique, son niveau scolaire, son âge mental, son âge moteur, les faits saillants de son premier développement, les antécédents personnels et les antécédents héréditaires.

Il existe pratiquement deux types de bégaîment :

1º. — Le bégaîment qui date des premières manifestations de la parole et qui n'a jamais cessé au cours de l'évolution du langage de l'enfant ;

2º. — Le bégaîment qui est apparu plus ou moins tardivement, alors qu'au cours de la première période d'évolution, le langage de l'enfant était normal.

Nous étudierons ultérieurement dans le détail la signification de ces deux types de bégaîment. Aujourd'hui nous voulons seulement insister sur l'importance des troubles moteurs que l'on constate chez les enfants bègues des deux catégories. Ces troubles moteurs sont d'une telle netteté que, renversant la proposition classique, nous pouvons dire que le bégaîment n'est pas un trouble psychologique et est accessoirement d'origine affective : il est d'abord et avant tout un trouble neurologique caractérisé par un profond déséquilibre de la fonction motrice.

Ce déséquilibre moteur peut être vérifié par les deux faits suivants :

1º. — Le premier développement neuro-musculaire de l'enfant est retardé ;

2º. — Il existe une arriération motrice ou un déséquilibre moteur alors que l'intelligence peut être normale et même supérieure à la normale.

Il est à noter que parmi les enfants que nous avons examinés, malgré l'infériorité qui les handicape, peu d'entre eux présentent un retard scolaire marqué.

Dans les antécédents héréditaires des sujets on trouve quelquefois une hérédité similaire ou bien l'existence de convulsions infantiles ou d'épilepsie, quelquefois les signes nets d'une hérédo-syphilis.

Dans les antécédents personnels on constate un retard ou un déséquilibre des premières manifestations psycho-motrices, retard de la marche, retard de la propreté, quelquefois ont existé des convulsions infantiles dont on trouve les traces dans un strabisme ; il existe aussi souvent d'autres troubles de la parole que le bégaîment ; l'apparition des phrases a été retardée ou s'est faite laborieusement. Lorsque le bégaîment est, si l'on peut dire, constitutionnel, l'enfant a commencé à bégayer au moment même de l'apparition des phrases ; il arrive alors que le bégaîment est accompagné d'autres dyslalies, telles que le sigmatisme.

Certains enfants présentent des signes neurologiques indiscutables : hémiparésie infantile, présence d'un signe de Babinski, etc. Surtout on observe un syndrome de débilité motrice tel que Dupré et Merklen l'ont signalé (Congrès des Aliénistes de Nantes 1910). Cette débilité motrice est caractérisée par la déficience du système moteur, que les tests d'Ozeretsky permettent quelquefois de dissocier. Elle est souvent dissimulée par la compensation d'autres systèmes moteurs ou par une habileté motrice acquise par l'apprentissage. On constate souvent un tremblement palpébral, lingual, digital, des tics localisés à certains groupes musculaires, des syncinésies, de la paratonie, quelquefois des troubles de la coordination statique et dynamique qui se manifestent par l'impossibilité de s'adapter à un rythme ; enfin il arrive de constater une énurésie longtemps persistante.

Dans quelques cas, ainsi qu'il a été déjà noté par d'autres auteurs (Ombredane), le bégaîment s'observe chez les gauchers. Il n'y a quelquefois que des tendances à la gaucherie cachées par l'habileté pratique acquise de la main droite, mais il existe aussi des gauchers francs. Toutefois, rien ne permet d'accuser la gaucherie d'être la cause du bégaîment. Nous avons constaté, à nombre égal, des tendances gauchères ainsi que la gaucherie franche dans d'autres formes de la parole, surtout dans le sigmatisme.

Dans l'ensemble des examens moteurs de nos malades bègues avec les tests d'Ozeretsky, nous constatons que des résultats négatifs sont surtout obtenus dans les tests de mimique, dans les mouvements associés de coordination statique, qui dépendent du tonus. Ces fonctions motrices sont sous la dépendance du système extra-pyramidal ce qui donne à penser que dans les troubles fonctionnels du bégaîment le rôle du système extra-pyramidal est peut-être essentiel.

On distingue généralement deux formes de bégaîment : clonique et tonique. Certains auteurs, comme Fröschels distinguent les phases cloniques, toniques et clonico-toniques dans l'évolution même du bégaîment.

Nous n'avons pas constaté cette évolution chez nos malades, nos bègues ne se sont jamais présentés comme des types purs toniques ou cloniques : nous

avons presque toujours constaté des spasmes à type mixte avec prédominance variable, tonique ou clonique.

D'après l'examen neurologique, complété par l'étude des fonctions motrices avec les tests d'Ozeretsky, il existe peut-être certains caractères particuliers chez les uns et chez les autres. Chez les malades à prédominance clonique nous avons observé les troubles de la coordination, l'incapacité du rythme, l'existence de mouvements à grande oscillation peu mesurés et multiples, peu de signes neurologiques, peu d'atteintes du système végétatif. Chez les malades à prédominance tonique nous avons remarqué une incoordination très marquée des mouvements, certains troubles cérébelleux, de la paratonie pouvant aller jusqu'à la rigidité musculaire, la difficulté des mouvements associés volontaires de la parole et de la marche, des syncinésies, une pauvreté de la mimique, des troubles du système végétatif, de l'asynchronisme de la respiration, — expiration plus courte que l'inspiration, — de lourdes tares héréditaires : alcoolisme, syphilis, souvent hérédité logopathique similaire, atteinte psychique. Il y a donc dans ce dernier cas une hérédité plus lourde et un système nerveux central qui paraît plus vulnérable au choc du milieu dans lequel le sujet est appelé à vivre. Le type clinique de la maladie est déterminé par la prédominance des symptômes de la fonction motrice particulièrement atteinte.

Il est d'ailleurs souvent difficile de mettre en évidence l'atteinte particulière d'une fonction motrice déterminée, faute d'une méthode d'examen assez précise ; toutefois les tests d'Ozeretsky nous ont été de la plus grande utilité, car ils ne consistent pas en des symptômes neurologiques tels que les troubles réflexes, mais dans l'étude de gestes isolés ou associés qui permettent d'étudier des fonctions motrices déterminées.

En explorant les systèmes moteurs de façon plus précise on pourrait sans doute éclaircir davantage le rôle des automatismes innés, des réflexes conditionnels et des fonctions psychomotrices qui constituent ensemble la parole. Nous nous proposons d'étudier et d'approfondir nos recherches dans cette voie.

Nous voulons aujourd'hui insister sur les lourdes tares héréditaires d'ordre moteur et sur les lourdes perturbations des différents systèmes moteurs que l'on trouve d'une façon presque constante chez les bègues. Elles sont particulièrement manifestes lorsque le bégaîment est constitutionnel, elles sont très nettes encore quand le bégaîment est acquis ; elles indiquent ainsi la fragilité du terrain qu'une émotion, c'est-à-dire un trouble organo-végétatif, a pu perturber davantage jusqu'à produire la manifestation motrice spasmodique qu'est le bégaîment. Le bégaîment est d'abord un trouble neurologique.

QUELQUES TROUBLES DE L'INTELLIGENCE ET DU CARACTÈRE CHEZ LES GAUCHERS

PAR

Mademoiselle VÉRA KOWARSKY,

Docteur de l'Université de Montpellier

Inspectrice psychologue des écoles de la Ville de Montpellier.

Les parents et les éducateurs paraissent méconnaitre d'une manière générale, que le fait d'être gaucher, ou la gaucherie, n'est pas un phénomène acquis par imitation ou éducation, mais une disposition congénitale naturelle, immanente et irréversible. Dans les croisements des fonctions du membre supérieur et du cerveau, l'action de ce dernier n'est pas uniquement physiologique, mais aussi psychique.

Comme on sait, le bras gauche du gaucher est relié à l'hémisphère droit à l'inverse des droitiers. D'après le Professeur DEJERINE, un gaucher pense, agit, parle, lit et écrit à l'aide de son cerveau droit. Les trois centres d'images du langage — auditives, motrices et visuelles appartiennent toujours à un seul et même hémisphère.

La lutte engagée, parfois dès la tendre enfance, contre les tendances psychomotrices d'un gaucher à se servir de la main gauche, ne peut pas modifier la forme du cerveau : un gaucher restera gaucher toute sa vie ; mais cette lutte épuise les forces et les énergies de l'enfant, elle modifie les conditions de son développement biologique normal qui deviennent défectueuses.

Il résulte de tout cela pour le sujet, une diminution intellectuelle, morale et physiologique et le nombre des troubles intellectuels, caractériels et psychomoteurs va croissant, de jour en jour (troubles du langage, bégaiement, défauts de prononciation, difficulté à apprendre à lire et à écrire, maladresse des deux mains (même chez un sujet intelligent et plein de bonne volonté), apprentissage long et malaisé de mouvements nouveaux ; intelligence « embrouillée » et confuse, idéation lente, lenteur dans l'expression de la pensée, caractère indécis, hésitant, souvent émotif, même craintif, obstiné, révolté).

Par suite, l'enfant éprouve une difficulté à suivre avec fruit l'enseignement donné dans une école ordinaire ou à s'adapter à la discipline scolaire, même si c'est un enfant d'un niveau intellectuel moyen. C'est parmi les enfants gauchers que l'on trouve principalement les inadaptés scolaires.

Ces troubles sont curables et s'atténuent et même disparaissent si l'on change les conditions de vie et plus particulièrement les procédés éducatifs, en laissant le sujet travailler librement de la main gauche.

Les répercussions éventuelles d'ordre organique sont du domaine médical. Je n'envisagerai ici que les troubles qui rentrent dans le domaine psychologique.

La nature et la gravité des troubles dépendent : 1° de l'état du terrain organique (suffisant ou défectueux), et de l'hérédité.

2°. — Des procédés utilisés par les parents et les éducateurs dans la lutte engagée contre la tendance spontanée de l'enfant à se servir de la main gauche : brutalité physique, brutalité morale, persuasion, punitions diverses, etc. ; de la façon continue ou intermittente avec laquelle ils sont appliqués.

3°. — Du degré et de la souplesse de l'intelligence naturelle de l'enfant, et de la plasticité de son caractère.

Les parents, cultivés ou non, considèrent la gaucherie comme un déshonneur ou une tare, ils la nient souvent contre toute évidence et cachent les faits qui la mettraient en lumière. Parfois ils attribuent la gaucherie à de la mauvaise volonté de la part de l'enfant, à son entêtement, ou encore à une éducation maladroite ou insuffisante. Certains parents ignorent que leur enfant est gaucher.

Je crois pouvoir tirer plusieurs règles générales des nombreuses observations que j'ai pu faire sur les enfants gauchers au cours de mon travail d'inspection psychologique, à savoir :

1re *règle générale* : L'interdiction de se servir de la main gauche et l'obligation d'utiliser exclusivement la main droite pour tous les mouvements volontaires, spontanés, semble amener inévitablement chez un enfant gaucher un bouleversement et une modification de l'activité normale et naturelle de son hémisphère droit et par contre-coup — des troubles psychomoteurs (graphiques, phonateurs, locomoteurs, etc.), intellectuels, caractériels et émotifs.

2e *règle générale* : La coordination des mouvements permet grâce à la répartition des énergies leur accomplissement dans un temps défini et d'une façon régulière. Le refoulement de la tendance, immanente, spontanée à se servir de la main gauche, provoque l'incoordination des mouvements (graphiques, phonateurs, locomoteurs, etc.) et les rend ainsi imprécis, incohérents, irréguliers et lents.

L'adaptation de l'enfant gaucher pour tous ses mouvements, qu'il devra dorénavant effectuer de la main droite, modifie leur rythme et occasionne une perte de temps constante et qui est mesurable.

3e *règle générale* : Je considère que l'éducation bimanuelle chez les jeunes enfants préconisée par beaucoup, est nuisible au développement d'une manière générale et ne produit que des maladroits des deux mains.

4e *règle générale* : Un enfant d'un niveau intellectuel moyen et doué d'une santé suffisante, qui n'arrive pas ou n'arrive que péniblement, malgré tous les efforts des éducateurs, à apprendre à lire et à écrire convenablement, ou qui a des difficultés à s'adapter à la discipline scolaire, est presque toujours un enfant gaucher, dont l'évolution psychomotrice naturelle a été troublée par l'interdiction de se servir de la main gauche.

Il en est de même pour les enfants bègues et pour ceux qui présentent des défauts de prononciation.

5e *règle générale* : Un enfant gaucher intelligent peut devenir par contrainte ou par imitation un faux droitier, mais il le deviendra au détriment de son équilibre émotionnel, et en rompant, en bouleversant son développement psychomoteur.

Par contre, un enfant gaucher faiblement doué et qui manque par conséquent de souplesse intellectuelle, caractérielle et psychomotrice, n'arrive pas ou n'arrive que péniblement et incomplètement à substituer à ses mouvements spontanés des mouvements forcés, c'est-à-dire à effectuer au commandement tous les mouvements de la main droite.

La raison pour laquelle on aurait pu croire jusqu'à présent que la gaucherie était liée à la déficience intellectuelle me semble être la suivante : les déficients intellectuels restent d'une manière générale des gauchers invétérés, tandis que les gauchers intelligents deviennent plus facilement de faux droitiers ou des gauchers qui s'ignorent en tant que gauchers.

Au lieu de vouloir appliquer à tous les enfants indistinctement les mêmes procédés éducatifs, il faudrait modeler ces procédés sur l'individualité biologique, physiologique et psychologique de l'enfant.

Voici quelques preuves nouvelles en faveur de l'hérédité de la gaucherie :

J'ai pu obtenir quelques renseignements bien qu'incomplets, sur 72 enfants chez lesquels l'hérédité gauchère était du côté paternel (père et la famille du père) dans 43% des cas, d'origine maternelle (mère et la famille de la mère) dans 41,7% des cas, et d'origine mixte (côté maternel et paternel à la fois) dans 15,3% des cas. Parmi ces enfants 27,7% avaient en outre un frère ou une sœur également gauchers.

Conclusions. — Il semble urgent : 1° d'éclairer l'opinion publique et en particulier les parents et les éducateurs, cultivés ou non, au sujet de la gaucherie en faisant ressortir qu'elle est une disposition congénitale naturelle que l'on rencontre chez un nombre assez élevé d'individus, et qui doit être respectée.

2°. — De saisir les autorités compétentes pour que des instructions soient données dans tous les établissements destinés aux enfants : crèches, écoles maternelles, primaires, primaires supérieures, lycées, hôpitaux, préventoriums, colonies de vacances, afin que l'on laisse un enfant gaucher se servir librement de la main gauche.

L'IMPORTANCE DU DESSIN POUR L'ÉTUDE PSYCHANALYTIQUE DE L'ENFANT

PAR

Mme le Docteur SOPHIE MORGENSTERN

Le langage et le comportement de l'enfant expriment souvent tout autre chose que ce qu'indiquent les paroles et les gestes dont il s'était servi. Pour les comprendre, il faut connaître les motifs affectifs qui dirigent la pensée et les actes de l'enfant. Nous pouvons dire sans commettre une erreur que le langage de l'enfant représente souvent une monnaie qui n'a pas de cours en dehors du monde de son possesseur.

Dans les moments difficiles de sa vie l'enfant s'évade dans un monde imaginaire, où rien ne l'empêche de réaliser ses désirs. Les manifestations visibles de cette fuite sont les jeux, les contes et les dessins. Dans ces créations imaginatives l'enfant exprime par des symboles ses griefs, ses échecs affectifs, il cherche de se venger ou de trouver une libération par un acte créateur. Toute cette activité libératrice s'accomplit dans son inconscient. Ainsi le dessin qui est considéré comme un jeu pour l'enfant devient dans ces moments difficiles de sa vie un moyen d'expression des plus significatifs. Sans s'en rendre compte l'enfant arrive à figurer une situation compliquée et délicate, à symboliser un conflit des plus profonds.

Les dessins sur lesquels s'appuie cette étude ont été faits en ma présence et proviennent tous des enfants que j'ai suivis pour des symptômes névrotiques, ce qui explique probablement leur caractère spécial.

L'enfant se trouve depuis l'âge le plus jeune pris entre l'exigence de ses tendances instinctives et celles de son surmoi, ce directeur moral qui frappe d'interdiction la vie instinctive. Ces deux facteurs travaillent derrière les coulisses de la vie visible de l'enfant, car ils se composent presque totalement d'éléments inconscients. La partie consciente de l'être humain, le moi, qui se trouve chez l'enfant en état d'évolution, joue le rôle de l'état tampon entre les exigences des tendances instinctives et celles du surmoi, c'est-à-dire son rôle est de ne pas permettre aux premières de trop réaliser, ni aux secondes de trop supprimer. La lutte entre ces tendances opposées devient saisissable non seulement par des manifestations sous formes de changement du caractère, des troubles du caractère et des symptômes névrotiques, mais elle s'exprime aussi par le dessin. En poursuivant quelques cas cliniques du début jusqu'à la fin de leur traitement psychanalytique, accompli à l'aide de dessins, nous nous apercevons, qu'au fur et à mesure que l'analyse avance, les symboles dont se servent nos petits malades pour exprimer leurs conflits, leur haine contre

leurs persécuteurs réels ou imaginaires, leurs peurs et appréhensions deviennent de plus en plus transparents. Aussi l'interprétation qu'ils donnent du même dessin au cours du traitement change et se rapproche de l'origine du conflit qui était leur inspirateur. Ce conflit est créé par les sentiments opposés que l'enfant ressent pour un de ses parents, pour un frère ou une sœur, car éprouvant de la haine pour eux l'enfant a aussi de l'amour. C'est ce conflit qui éveille chez l'enfant des capacités expressives et lui permet de trouver des symboles les plus bizarres pour figurer les problèmes qui agitent son âme en peine.

Ainsi un jeune garçon de onze ans qui nous fut confié pour une psychanalyse, parce qu'il avait commis des vols domestiques accidentels, faussé la signature de sa mère sur la feuille de punition, fléchi à l'école, parce qu'il avait une énurésie et des mauvaises habitudes, accumula sur quelques dessins d'une manière ingénieuse tous ses conflits. Orphelin de père il fut élevé par ses grand'mères à la campagne, où sa mère passait un mois de vacances avec lui. Quand il avait neuf ans sa mère se remaria avec un ancien gendarme et prit l'enfant chez elle à Paris, où ce dernier était très malheureux. Sa curiosité sexuelle, accentuée par le remariage de sa mère, se concentra sur la question de la provenance des enfants, sur laquelle sa mère refusa de lui donner des explications. Il se désintéressa de l'école et attrapa des punitions. Il préférait payer cher leur exécution à ses camarades que les avouer à la maison. Dans ce but il prit de l'argent à sa mère.

Sur les dessins de cet enfant il s'agit des combats entre un français et un allemand ou d'un homme ordinaire suivi d'un phénomène qui n'a pas de bouche ; mais par contre trois yeux. On tue le français et l'homme ordinaire sur ses dessins, l'allemand et le phénomène restent sains et saufs. Sur le dernier de ses dessins l'allemand tue le français par un coup de revolver. L'enfant nous dit que le français a le nez de son beau-père. L'allemand est le méchant, dit-il, mais à la maison le méchant c'est notre petit malade, aussi ses parents l'appellent le phénomène qui doit tenir la bouche fermée, par contre semble-t-il avoir trois yeux, car il voit tout. Les dessins deviennent après ces quelques associations clairs. Sa situation affective à la maison devint de plus en plus difficile : son beau-père le punissait pour la masturbation et l'énurésie, il découvrit ses vols et ses faux, il ne restait au jeune garçon rien d'autre à souhaiter que la disparition du beau-père, ce qui créa chez lui un profond sentiment de culpabilité. Les dessins lui permirent d'exprimer par une voie détournée son ressentiment à cause du sobriquet qu'on lui donnait à la maison et sa haine ainsi que son besoin de se débarrasser de son beau-père. Après l'acte magique — le simulacre du meurtre du beau-père — l'enfant se sentit libéré. Il devint gai et content et travailla bien à l'école. Le dessin a donc aussi agi comme moyen de guérison.

Un autre jeune garçon de dix ans avait depuis deux ans des crises, au cours desquelles il tombait, pleurait et voulait se suicider. Il devint de plus en plus bizarre : il refusait de manger sans la permission formelle de sa mère, il lui donnait des coups et demandait qu'elle lui rendît le même ou le double nombre de baisers. Il y eut une trêve de ces troubles aussi longtemps que dura sa rougeole et qu'il eut sa jambe cassée dans le plâtre. A peine guéri de ses maladies, ses symptômes névrotiques revinrent à un degré plus fort.

Les dessins de cet enfant représentaient des animaux gonflés, un petit garçon sur des béquilles à côté d'un animal gonflé, une maison bombardée, des combats entre deux groupes de soldats ennemis. Ce qui frappa surtout sur ce dessin fut que les soldats du premier rang étaient suivis de militaires aux épées levées, qui les poussaient dans le combat.

Les animaux gonflés représentaient son cheval préféré qui avait son âge et qui mourut, il y avait deux ans, des suites d'une castration. L'enfant s'identifiait avec ce cheval, il craignait de la part de son père la même punition que son double, le cheval, avait subie. Si sa mère lui rendait ses coups par des baisers, il était sûr de son amour et il avait le droit de manger. Le dessin des combats, notre jeune malade l'interpréta pour la première fois comme un combat entre chinois et japonais, la deuxième comme celui entre les anglais et les allemands et seulement vers la fin du traitement comme un combat entre pères et fils. Il parla des militaires aux épées levées derrière les soldats comme des « vieux malins » qui se cachent derrière les jeunes qu'ils poussent dans le danger.

Les dessins l'ont aidé à exprimer ses conflits, à les comprendre et à s'en débarrasser.

Un exemple des plus intéressants de l'importance du dessin pour le traitement et la guérison d'un enfant névrosé représente le cas du jeune garçon atteint de mutisme psychogène et guéri seulement à l'aide du dessin. Ce cas est des plus instructifs, il nous montre aussi le changement d'atmosphère d'un dessin avec la guérison du malade. Nous n'avons qu'à comparer le premier de ses dessins avec celui où le même sujet est traité après sa guérison. Pendant que sur le premier plane une angoisse, le dernier est baigné dans une atmosphère de gaîté et de lumière.

Le dessin des enfants névrosés cache et exprime en même temps les conflits, rend ces derniers au cours du traitement plus compréhensibles et libère le malade de ses conflits. C'est une manifestation psychologique centrifugale qui paraît être régie directement par l'inconscient. Cette source explique que les symboles sont les plus bizarres, que la structure des dessins est tellement audacieuse et rassemble des éléments les plus éloignés.

VALEUR DE L'ASYMÉTRIE FACIALE DANS L'APPRÉCIATION DU CARACTÈRE

PAR

M. le Docteur PRÉAUT (France)

On a depuis longtemps étudié les différences anatomiques et morphologiques entre chaque moitié du visage. Aussi bien l'objet de cette étude n'est-il pas la mensuration physique des deux hémifaces mais l'interprétation de leurs mimiques relatives.

Dans les numéros de mars et d'avril 1934, la Nouvelle Revue Française a publié deux articles très curieux de P. ABRAHAM sur l'emploi d'un artifice photographique permettant de reconstituer un visage entier avec les deux mêmes moitiés de ce visage. On obtient ainsi deux portraits, l'un avec les traits du côté droit, l'autre, avec ceux du côté gauche, très différents dans leurs dimensions et surtout dans leur expression.

L'auteur, en interprétant ces épreuves, croit pouvoir attribuer à l'hémiface gauche l'expression de l'être social, à l'hémiface droite celle de l'être rêveur ou méditatif ou celle de l'être instinctif et brut. On pourrait lire à droite les disponibilités psychiques, et, à gauche leur projection et leur adaptation au milieu extérieur.

Nous avons voulu rechercher quelle aide pratique une telle mesure pourrait apporter à la caractérologie et nous avons entrepris une véritable expérience sur une quarantaine d'enfants dans des conditions particulièrement favorables. En effet, chaque sujet ayant fait l'objet d'une étude très approfondie de son comportement psychique et moteur, nous disposions de plusieurs éléments d'appréciation bien déterminés permettant une critique objective des images. Un type étant bien caractérisé par un examen préalable, pouvait-on retrouver sur les épreuves photographiques, les particularités psychiques et neuromotrices déjà précisées ?

Notre étude a porté sur 40 écoliers de 6 à 17 ans. Leur niveau mental a été déterminé par les tests de TERMAN, et leur niveau moteur par ceux d'OZERETSKY; une observation méthodique et prolongée nous a permis d'ajouter à ces informations tous les éléments nécessaires à l'appréciation aussi exacte que possible de leur caractère.

La technique des photographies a été la suivante :

Le sujet, placé dans de bonnes conditions de calme et de détente est assis à un mètre cinquante de l'appareil, la tête maintenue face à l'objectif grâce à un appui tête et à un fil à plomb partageant le visage en deux parties rigoureuse-

ment symétriques. Il est de toute importance de réaliser un éclairage bilatéral d'intensité égale.

Un premier cliché est tiré du sujet à l'état passif. Puis l'on demande à l'enfant de faire un effort d'attention en soumettant à son regard une image projetée sur un écran lumineux dont il doit compter les éléments. On tire alors un deuxième cliché qui doit fixer les traits de la physionomie dans l'exercice de l'attention volontaire.

Avec chacun de ces clichés on fait deux épreuves, dont l'une inversée. On obtient ainsi chaque fois deux portraits symétriques. En séparant minutieusement par un trait de ciseau les images par le milieu on dispose de deux moitiés droites et de deux moitiés gauches avec lesquelles nous pouvons recomposer deux visages, rigoureusement symétriques puisqu'ils comportent deux fois la même demi-face se raccordant selon l'axe de symétrie.

Notre document photographique présente sur la partie gauche de la feuille l'image du visage passif, et sur la moitié droite celle du visage tendu par l'attention volontaire. Au-dessous de chacune de ces images se trouvent les deux portraits composés avec les hémifaces. A l'examen ces documents nous frappent par la dissemblance des portraits droit et gauche.

Cependant il ne faut pas se laisser duper par la disposition différente du cadre inerte des parties mobiles du visage, c'est-à-dire par la chevelure, le col, et, dans certains cas où la photographie n'est pas rigoureusement de face, l'aspect élargi ou rétréci de l'un ou l'autre côté.

A ces réserves près, l'asymétrie dans l'expression des traits est presque constante. Le parallélisme n'est jamais absolu entre les mimiques droite et gauche. C'est que la plus minime variation dans le tonus ou la contraction volontaire des muscles faciaux nous est rendue perceptible en raison de l'extrême subtilité que nous avons acquise dans la critique du visage humain, critique dont l'exercice est indispensable à nos rapports sociaux. Les innombrables informations offertes à notre conscience par les gestes différents d'autrui, ont un caractère grossier comparées à celles que nous apportent les gestes particuliers au visage : pour ceux-là nos perceptions réalisent une détection spécialement riche et fine. D'autre part, le tableau des éléments neuro ou psycho-moteurs symétriques est ramassé sur la petite étendue du visage et nous permet des comparaisons plus faciles et plus immédiates que dans le reste de l'économie. Un simple regard nous permet donc de déceler ce qui demande ailleurs un examen plus ou moins compliqué.

C'est ainsi que l'étude de nos photographies nous montre que l'asymétrie dans les expressions du visage, est liée le plus souvent à une hypotonie d'un côté par rapport à l'autre.

Cette hypotonie se traduit par un abaissement du sourcil, un élargissement de l'espace intersourciller, une diminution de la fente palpébrale et de l'éclat du regard, une flaccidité de la bouche et de l'ensemble des traits. En un mot, le visage reconstitué avec le double du côté le plus expressif intensifie son caractère et soumet à nos appréciations un tableau d'informations plus dense et plus vigoureux. Si l'on admet que les expressions dominantes du psychisme sont traduites par l'aspect de la physionomie, on peut considérer qu'en débarrassant celle-ci des éléments atones qui la tempèrent, on rend, par l'artifice photographique, plus clair et plus intense ce que nous voulons observer d'actif dans la mimique ou les traits. Les documents que vous pourrez consulter en font foi, souvent avec une grande netteté.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est de rapporter au type d'asymétrie faciale, le type de développement de la motricité.

Sur 26 sujets, 13 présentent un développement moteur plus accusé du côté gauche ; certains sont des gauchers vrais, les autres montrent aux tests, soit un meilleur rendement qu'à droite, soit un effacement du décalage normal entre les deux côtés. Sur ces 13 sujets on note une hypotonie des traits et de l'expression du côté gauche du visage. L'inverse se vérifie du côté droit à des degrés différents.

Il nous a paru intéressant d'insister sur cette constatation d'ailleurs conforme aux données neurologiques.

Nous n'avons voulu apporter ici que des documents ou des conclusions objectives ; mais cette étude comporte la vérification de nombre d'hypothèses. Je ne dirai rien de l'interprétation du visage reconstitué avec ses parties les moins expressives. Je n'ai pas, comme l'auteur précité, contrôlé la distinction entre l'être social et l'être intime.

Je n'ai guère pu que réunir quelques documents susceptibles d'asseoir en partie ces recherches. C'est l'examen de ces documents qui peut présenter quelqu'intérêt : je les mets à la disposition de mes Confrères du Congrès qui pourront les consulter au Stand réservé au Collège Médical d'Annel et communiquer sur un registre spécial leurs critiques ou leurs suggestions éventuelles.

LA HIGIENE MENTAL EN LAS DIFERENTES NACIONES DE AMERICA

PAR

El Dr Victor DELFINO

Miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Internacional de las Organizaciones Eugenicas de Londres, Correspondiente de las Academias Nacionales de Madrid y Barcelona, Miembro correspondiente de la Sociedad Médico-Psicológicas de Paris y de la Liga de Higiene Mental de Paris, Representante general en la República Argentina de la Liga Española de Higiene Mental, etc., etc.

En el psiquismo de los individuos, dice el ilustre Dr. Toulouse, el que forma la condición esencial de toda actividad social. Al paso que una lesión grave de uno o varios órganos puede ser compatible con una vida profesional casi normal, un estado mental defectuoso, aun ligero, ocasiona la disminución o la parálisis de la actividad productora. El rendimiento de un individuo que es factor de prosperidad nacional, reclama en primer término, la integridad psíquica.

La vida actual precipitada, rápida, asendereada, las emociones continuas, la fatiga que determina la lucha de todos contra todos, crean condiciones favorabilísimas al desarrollo de la neuropatías. Se plantea de esta suerte un formidable y urgente problema social, en presencia del gran número de psicosis que se manifiestan. No se debe buscar en los asilos solamente a los psicópatas, que muchos andan sueltos por ahí y se codean con nosotros en la vida diaria, si es que no van discurriendo la triste odisea de su vida entre los gabinetes de los especialistas y los servicios hospitalarios.

Toda la población, es por otra parte mas o menos desequilibrada. El aumento de la criminalidad y sobre todo de la delincuencia infantil ; el libertinaje en auge que difunde la avariosis, factor de taras nerviosas, el alcoholismo siempre amenazador, el debilitamiento del esfuerzo para el trabajo y de la moralidad profesional, son los signos de un profundo trastorno psíquico de la colectividad contra el cual es deber de todo país civilizado de oponer medidas adecuadas a fin de contener la degeneración creciente, porque los niños nacidos en estas malas condiciones biológicas, ofrecen una menor resistencia a cualesquiera causa de desmedro orgánico o psíquico.

Hasta la hora actual, en casi todos los países, sólo se esperaba a que se declarasen las psicosis para atenderlas. Actual en el gran movimiento profiláctico que se ha iniciado en el mundo para prevenir las enfermedades, ocupa un lugar notable la prevención de los trastornos mentales.

Hace ya aproximadamente una quincena de años que este movimiento se ha afirmado en los Estados Unidos de América, y Europa, por obra principalmente

de Clifford W. Beers, E. Samley Abbot, E. Adler, C. M. Campell, A. Gessell H. Claude, E. Tolouse, E. Pierón, Ichok, Minkowski, E. Mira, J. Germain, J. Garma, M. Potet, A. Respond, G. Genil-Perrin, Lépine, Vermeylen, A. Ley, Sobral Cid, Corrado, Tumiati, etc., etc., habiendo recibido últimamente con la guerra un fuerte impulso. Bajo la égida del Comité Mental Americano, se han abierto dispensarios de higiene mental, organizado conferencias, publicado opúsculos, evacuado miles de consultas, a fin de iluminar a las familias y jefes de empresa. Se ha desarrollado así una profesión nueva, la de los obreros sociales encargados de dispensar la asistencia social a quien la necesita. Esta asistencia especializada, es un auxiliar de primer orden para el psiquiatra, puesto que se encarga de efectuar bajo su dirección encuestas acerca de los enfermos, de su medio familiar y profesional, vigilando su convalecencia y facilitando su readaptación a la vida normal.

Nuestro país debe seguir a la gran república del Norte en este movimiento que introdusé precisión, más tecnicismo, más atención beneficiosa en la asistencia social. Por otra parte, todos los medios de lucha contra las enfermedades evitables y sobre todo contra aquellas que más atacan al sistema nervioso como la sífilis y el alcoholismo, son beneficiosos en la lucha contra la locura y las psicopatías en general. Como igualmente ésta beneficia de la Eugénica que impide la reproducción de los sujetos con una herencia morbosa demasiado pasada.

Pero el principio de una profilaxis natural como expresa el Dr. Toulouse, consiste en primer lugar, en despistar por todos los medios clínicos habituales, con el auxilio de las técnicas de laboratorio a todos los individuos psíquicamente frágiles, a fin de colocarles en las condiciones más favorables a su salud mental.

Pero es a la infancia a la que sobre todo debe tenerse en vista, atisbándole adonde esté, sea en la escuela, sea en el taller y especialmente en la primera, adonde existen en crecido número los anormales y atrasados. Allí es necesario ir para despistarlos, clasificarlos y destinarlos, ora al hospicio, ora al reformatorio según que el eclipse mental sea temporal, o permanente. Una educación especial impartida a los neurópatas, podría a menudo contener el desarrollo de sus taras. Por otra parte, a nadie escapa que la salud mental de los niños depende de una buena selección escolar. En nuestro país, desgraciadamente, se descuida este extremo ; y en el mejor de los casos los atrasados pedagógicos conviven en el aula con los normales. Los asilos y refugios para menores delincuentes y abandonados tampoco tienen a sus pupilos científicamente clasificados. Y esto es un gran mal, porque es común el caso de que la obra del educador y del reformador se eche a perder por deficiencia substancial del sistema.

Una mala selección en el medio industrial que consiste principalmente en destinar a los individuos que presentan signos de gran fatigabilidad física a trabajos que reclaman una atención intensa y sostenida, y expuestos por ello a violentas y persistentes excitaciones sensoriales, produce los inadaptados más sensibles a las psicopatías.

También la profilaxis del crimen puede beneficiar de la lucha contra las psicopatías, que no pocas veces constituyen los factores esenciales de la delincuencia. Por lo común, los delincuentes son inadaptados y un gran número de ellos, presenta un estado mental defectuoso. Luego, pues, es necessario colocar a los predispuestos en condiciones de vida mejor adaptadas a su estado psicopático.

Será necesario también despistar a los trastornos psíquicos en sus comienzos a fin de poderlos combatir en el momento en que son más corregibles y experimentan más fácilmente la influencia de los factores de profilaxis y de recuperación.

Por todo lo expuesto, se ve que el problema de la profilaxis e higiene mental se plantea sobre bases técnicas precisas y que de otra manera, todo será disipar energías y esfuerzos, malogrados en lugar de alcanzar la realización de un fin útil.

Subsiguientemente, vienen a modificar las ideas, todavía un poco rancias en nuestro medio — donde tanto, sin embargo, ha progresado la asistencia de los alienados — sobre la hospitalización y tratamiento de los psicópatas, debiendo organizarse los actuales servicios de alienados en una forma más técnica, empezando por hacer la separación de los enfermos agudos, los crónicos y los curables, y modificar las formalidades exigidas por la internación — trasunto maleado de la vieja ley francesa del 30 de junio de 1838 — a fin de que los psicópatas ligeros puedan ingresar en el asilo cuando su período prodrómico, que es precisamente cuando más probabilidades de curación hay.

Tal como se ha hecho en los estados Unidos de América y se hace actualmente con buen acuerdo en Francia, no holgarían en nuestro país ni en los demás de América que carecen de ellas, las clínicas externas y los hospitales abiertos para los psicópatas, con reducción de un mínimum de formalidades legales para la internación y la organización verdaderamente científica de un servicio de asistencia y de protección para los individuos afectados de defectos mentales.

Pero esta vastísima obra tiene que ser de cooperación, de empeño común, para que puedan lograrse los resultados esperados en la lucha social contra la locura y de rechazo contra la criminalidad y el pauperismo, establecida sobre nuevas bases, cosa que por otra parte han reclamado en España con loable empeño los Fernández Sanz, los Cortezo, los Maestre, los Simonena, los Juarros y los Salas Vaca, entre los que recordamos. A esto precisamente tiende la Liga de Higiene Mental de París, que se ha dignado encargarnos, como redactor-jefe de la Semana Médica, de Buenos Aires, la difusión de su programa en nuestro mundo médico, con el propósito de hacer ambiente a las ideas que sustenta en la República Argentina, y ver de realizar así una especie de entente internacional para la prevención de los trastornos mentales y la recuperación como valores sociales de los psicópatas, a los cuales se les puede hacer beneficiar de un tratamiento racional adecuado a su grado de inadaptación psíquica.

Ahora bien, no existiendo ninguna razón para que no pueda instituirse mediante la clínica y el laboratorio la profilaxis de las enfermedades mentales, como ocurre con los demás morbos, despistando a los predispuestos para ponerlos a cubierto — al colocarles en condiciones higiénicas favorables — de las causas ocasionales de las psicopatías ; y permitiendo a las personas normales, sea por su mayor adaptación al trabajo o a la educación, o aun a la vida de familia el más eficiente empleo de sus facultades y el mejoramiento constante de su psiquismo ; sería de desear que se organizara en las naciones de la América española, a semejanza de lo que se ha hecho en Inglaterra, Alemania, Francia, Suiza, Estados Unidos de América, la aplicación práctica de la profilaxis mental, mediante un plan bien articulado de disposiciones y medidas, encaminadas a lograr los fines expresados, que concretaría en los siguientes votos, cuya aprobación me permito encarecer a los honorables congresales ; a saber :

1º Investigar en las escuelas que es donde ejerce sus mayores perjuicios la predisposición psicopática, a los anormales y atrasados, a fin de someterles a una enseñanza adaptada a su menor resistencia psíquica, previniendo mediante un tratamiento ortofrénico adecuado el desarrollo de su tara ;

2º Seleccionar en el medio obrero a los trabajadores para las respectivas

faenas, a fin de evitar que una mala selección produzca inadaptados, más sensibles a causa de su fragilidad psíquica, a las causas ocasionales de los trastornos mentales ;

3º Despistar precozmente los trastornos mentales para combatirles mejor vigilando la convalecencia de los alienados para prevenir las recaídas (Tolouse) ;

4º Crear servicios abiertos y dispensarios para psicópatas y afectados de trastornos agudos — la curación de los cuales es por otra parte dificultada por su convivencia con los crónicos en el Asilo de alienados — cuyo tratamiento podría continuarse a domicilio, bajo la dirección de especialistas competentes y de enfermeras visitadoras ;

5º Difundir las nociones de profilaxis y de higiene mental entre las clases cultas del país y el pueblo, mediante todos los elementos de propaganda ; conferencias, opúsculos, volantes, cinema, de suerte que se desarraigue de las conciencias el prejuicio, todavía harto común, de la incurabilidad de la locura ;

6º Reformar algunos sistemas arcáicos, como los que se refieren a la asistencia de los psicóptas, todavía muy defectuosa, porque contempla solamente los estados de alienación confirmada, en que las posibilidades de curación son remotas o malas, facilitando por todos los medios la internación de los psicópatas ligeros (los pequeños mentales, que dicen los franceses) en los asilos.

Psychiatrie Scolaire

Rapports :

LES MÉTHODES D'ÉDUCATION SELON
LES TROUBLES DE L'INTELLIGENCE
ET DU CARACTÈRE CHEZ L'ENFANT

Discussion des Rapports de Psychiatrie Scolaire

Madame le Dr Hilda KRAMPFEITSCHEK (de Vienne)

Wenn einige der Vortragenden die Berührungspunkte erwähnt haben, die heute schon Physiologie-Biologie einerseits, Psychoanalyse andererseits, einander zu nähern scheinen, ist es geboten daran zu erinnern, dass der, vor kurzer Zeit verstorbene Begründer der Individualpsychologie in seinem ersten meist unbekannten Werk " Der Studie über die Minderwertigkeit von Organen ", welches cca 1907 erschien, eine solche Berührungsfläche geschaffen hat.

Aus den bei den Kulturmenschen immer gehaüfter auftretenden Organnunderwertigkeiten entwickelt sich das Minderwertigkeitsgefühl, noch vertieft durch verzärtelude oder gewaltätige Erziehungseinwirkung, durch Stellung in der Geschwisterreihe und durch die zahllosen Einflüsse einer erzieherisch *ungeschulten* Umgebung. Und über diesem Gefuhl der Minderwertigkeit erhebt sich ein *psychischer Ueberbau*, der in den verschiedenen Erziehungsschwierigkeiten, in Abwegigkeiten einer irrig aufgebauten Lebenseinstellung, schliesslich in der Neurose seine Kompensation-Ueberkompensation zu finden sucht.

Alle diese Worte-Begriffe sind in der verhältnismässig kurzen Zeit ihrer Prägung so tief in das Denken unserer Zeit eingedrungen, dass sie förmlich zu Schlagwarten wurden und meist gebraucht werden, ohne dass ihr Schöpfer erwähnt wird. Weniger bekannt ist es, dass Adler aber auch das Gemeinschaftsgefühl, welches das Bewusstsein der Zusam mengehärigkeit zu den übrigen Menschen und deren, den Einzelnen sichernden Kulturen, als *jedem* Menschen gegeben, annahm. Ob sich die sichernde Tendenz eines Kindes *zur* Gemeinschaft oder *gegen* sie bewegt, ist eine der wesentlichsten Voraussetzungen seiner Persönlichkeitsgestaltung. Ermessen-gewertet kann diese Persönlichkeit immer nur an ihrer *Leistung für* die Gemeinschaft werden.

In den Erziehungsberatungstellen, die H. Doz. Dr Friedjung heute schon erwähnte, und deren erste ich die Ehre hatte mit Dr Adler knapp nach dem Kriege in Wien zu gründen, versucht der Arzt als Heiler-Bilduer durch Erfassung der *ganzen* Persönlichkeit des Kindes, auch von dessen Erziehern und dessen, schon in frühester Kindheit, fixierten Lebensplanes ein um fassendes Bild seiner Lebenseinstellung zu bekommen. Sener Lebenseinstellung, die nur zu häufig den Aufgaben des Lebens sich zu entziehen versucht, statt sie zu lösen.

Die Lehren der Individualpsychologie haben mitgeholfen, Kinderneurosen zu diagnostizieren und zu heilen. In viel *höherem* Maasze aber liefert die Kenntnis der Individualpsychologie noch die Möglichkeit der Prophylaxe von Erziehungs-Entwicklung schw, rigkeiten und Neurosen des Kindesalters. Mit ihrer Hilfe ist es in unzähligen Fällen gelungen aus kleinen Abwegigen gute Mitmenschen, aus verzweifelten Eltern freudige-erfolgreiche Erzieher heran zubilden.

In der Lehre Adler ist der Pessimismus vergoingener Zeiten verschwunden. Denn auch das unscheinbarste Leben lässt sich gestalten nach den Worten, die er geprägt hat :

"Nicht was wir besitzen sondern was wir daraus machen", ist das Wesentlichste in der Enthaltung eines Lebens.

M. le Professeur HAMBURGER.

Darüber sind sich hier in der Versammlung alle einig, dass Vertrauen das erste ist, was der Erzieher erreichen muss. Wenn Herr Friedjung meint, dass gesunder Menschen verstand und guter Wille allein nicht eine gute Erziehung verbürgt, so ist dazu zu sagen, dass nicht nur Eltern sondern auch Beamfszieher und Berater ihre Arbeit oft gut mit diesen Eigenschaften allein gemacht haben. Gewalt und Menschenliche müssen sich nicht widersprechen sondern im Erzieherdauernd täglich, stündlich ja "minütlich" abwechselnd ergänzen. Die Synopsis ist in Psychologie und Erziehung der Analysis überlegen und muss es wieder werden, denn die sogenannte Psychoanalyse ist gar keine genügende Analyse und lässt viele Grundfactoren unberücksichtigt.

Diese Synopsis, die mit einigen wenigen wichtigen grundlegenden factoren arbeitet, wurde von Herrn *Schroeder* heute in ausgezeichneter Weise dargetan. Ebenso hat sich das in dem Bericht Herrn Ruggles gezeigt, der auf die Bedeutung von sense for humour, von honesty und fair play hingewiesen hat.

Communications de Psychiatrie Scolaire

L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX ENFANTS ANORMAUX A GHEEL

PAR

le Dr E. E. JACOBI (Belgique).

Gheel, dans sa Colonie d'aliénés, a de tous temps compté parmi ses malades mentaux un certain nombre d'enfants, qui jusqu'avant la loi de 1920 étaient colloqués.

En 1922 fut créée la section des enfants anormaux qui au premier trimestre de cette année (1937) comptait 254 pensionnaires, se répartissant comme suit :

débiles	123
imbéciles	92
idiots	39

Les mineurs sont, comme les malades adultes, placés chez l'habitant, où ils sont mêlés continuellement et intimement à la vie familiale, partageant les repas et les travaux de leurs parents adoptifs, la liberté et les jeux des enfants de ceux-ci.

Nous ne confions jamais au nourricier plus de deux de nos enfants ; chacun doit avoir sa chambre à coucher spacieuse, bien aérée et qu'il occupe seul.

Les enfants en âge de fréquenter l'école d'enseignement spécial, dirigée par deux institutrices, sont placés dans des familles peu éloignées du village. Le nombre des élèves est actuellement 50.

Les débiles capables d'apprendre un métier, sont placés chez des artisans.

La plus grande majorité de nos imbéciles et débiles s'occupent de travaux des champs, plus ou moins compliqués selon leurs capacités.

Le personnel médical s'intéressant aux enfants se compose : d'un médecin entièrement attaché à la section qui visite régulièrement les enfants à

leur domicile. La clientèle privée lui est interdite ; d'une infirmière visiteuse qui seconde le médecin et assiste aux bains donnés régulièrement aux maisons de bains.

Les statistiques des 12 premières années d'existence de la section nous donnent les chiffres suivants :

Sur 462 enfants, ayant été soignés, 446 ont pu être suivis et de ceux-ci 148 ont cessé d'être à charge de leur famille et des pouvoirs publics.

Nous estimons que le mode d'éducation des enfants anormaux est non seulement le moins coûteux, mais nous permet de nous rendre compte d'une manière pratique, dans un milieu non artificiel, des possibilités d'adaptation de ces enfants.

ERFOLG UND MISSERFOLG BEI DER BEHANDLUNG ERZIEHUNGSSCHWIERIGER KINDER

PAR

le Dr Egon WEIGL (de Bucarest)

Unter der Leitung des Referenten und der Patronage der Herren Prof. Dr. Parhon und Doz. Dr. A. Kreindler arbeitet seit 3½ Jahren in einer Bukarester Privatklinik ("Iubirea de Oameni". Dir. Dr. Ghelerter) eine *"Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen"*.

Die *Beratungen* selbst sind unentgeltlich, sie wenden sich vor allem an die minderbemittelte Bevölkerung. Zunächst bestehen die Konsultationen in einer eingehenden Exploration der Eltern (bzw. der sonstigen erwachsenen Begleitpersonen) aufgrund eines von uns zusammengestellten Fragebogens. Dann folgt die Kontaktnahme und die freundschaftliche Unterhaltung des Beraters mit dem Kinde selbst, bei der eine Feststellung der Gesamtsituation, des Gesamteindrucks und eine Erforschung der Ursachen für die Genese der verschiedenen Symptome des Kindes versucht wird. Daran schliesst sich gleich die Beratung des Kindes an. Aufgrund der Kombination der — mithilfe der Eltern und des Kindes — gewonnenen Daten und Eindrücke werden nun die Eltern beraten und bei Bedarf ein oder mehrere Hausbesuche durchgeführt. Diese *Hausbesuche* sind ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Ergänzung der Beratung in der Klinik (Erfassung der häuslichen Atmosphäre !). Zur Erfolgskontrolle werden Eltern und Kinder von Zeit zu Zeit wieder in die Klinik bestellt. In Fällen von speziellen Schul-(Kindergarten-) bzw. Berufsschwierigkeiten werden auch *Schul- (Kindergarten-) oder Lehrstellenbesuche* vorgenommen. Etwa 70% aller Kinder wurden zuhause besucht u. zw. durchschn. 1,7 mal. Schulbesucht wurden von den 217 schulschwierigen Kindern etwa 33%, davon jedes Kind einmal.

Die *Zahl* der von uns im Laufe der 3½ Jahre untersuchten *Kinder* beträgt *812*, die der *Beratungen 1266*, dh. dass etwa die Hälfte aller Kinder mehr als einmal beraten wurden (bis zu 20 mal in schwereren Fällen). Die Zahl der Kinder pro Beratungstag schwankt zwischen 2 und 25 [1]. Mehr als die Hälfte aller Fälle wurden aufgrund von Zeitungspropaganda gebracht [2]. Wir konnten

1. Die Verteilung der Konsultationen bzw. der Zahl der Kinder auf die verschiedenen Monate des Jahres hängt ausser mit der Propaganda auch noch mit der Länge der Schulferien in den verschiedenen Jahren zusammen. Die quantitative Reduktion unserer Tätigkeit im Jahre 1936 geht darauf zurück, dass 2 unserer wichtigsten Mitarbeiter ihren Militärdienst absolvierten.

2. Ein beträchtlicher Teil (20%) wurde von Aerzten unserer oder anderer Kliniken geschickt oder durch Privataerzte überwiesen. Der beste Masstab für die Popularisierung unserer Arbeit, die Empfehlung der Eltern untereinander, beträgt erst 16%. Relativ schwach

feststellen, dass jedesmal, nachdem wir durch eine kleine Notiz in der Tagespresse auf unsere Institution aufmerksam gemacht hatten, die Zahl der neuen Fälle prompt stieg. Auf diese Weise können wir den Umfang unserer Arbeit selbst regulieren. Es kommen im Durchschnitt etwa 6 neue und 3 alte Fälle an einem Beratungstag. Wir mussten uns vorläufig auf diesen einen Beratungstag beschränken (wöchentlich), weil die Bearbeitung jedes Falles erhebliche Zeit in Anspruch nimmt [1]. Es muss bemerkt werden, dass unsere 8-9 ständigen Mitarbeiter (mit einer einzigen Ausnahme) ihre Zeit unentgeltlich zur Verfügung stellen.

In bez. auf die *Altersstufen* verteilen sich die Kinder so, dass das Volksschulalter weitaus am stärksten (42.5%) besetzt ist, dann folgen die mehr als 11 jährigen Kinder (30.5%) und schliesslich die Kleinkinder (27%).

Das Verhältnis zwischen der *Häufigkeit der Geschlechter* ist seit Beginn unserer Beratungstätigkeit ziemlich konstant geblieben (Knaben : 67%, Mädchen : 33%). Die Tatsache, dass die Mädchen weniger zahlreich sind als die Knaben, besagt noch nicht, dass sie etwa auch weniger Schwierigkeiten *haben*, wohl aber, dass sie weniger *machen*. In diesem Zusammenhang ist noch interessant, dass die Mädchen häufiger von der Mutter, die Knaben häufiger vom Vater gebracht werden.

Als *Symptome* bezeichnen wir alle Störungen, die wir durch Befragen oder eigene Beobachtung in einem sowohl hinsichtlich der Stärke als auch der Kontinuierlichkeit über das "Normale" hinausgehende Mass registrierten [2].

ART DER SYMPTOME	KINDER	KNABEN	MÄDCHEN
Disziplinschwierigkeiten	53	37	16
Esschwierigkeiten	50	34	16
Pavor	37	24	13
Unselbständigkeit	34	25	9
Nervöse Angewohnheiten [3]	29	19	10
Schlafstörungen	28	19	9
Wutanfälle	28	19	9
Irritabilität	27	18	9
Lernschwierigkeiten	26	18	8
Enuresis	25	17	8
Sprachstörungen	20	16	4
Nervöses Weinen	15	9	6
Sexuelle Störungen	11	8	3
Lügen	11	9	2
Verwahrlosung, Stehlen	10	8	2
Asozialität	10	7	3
Spezielle Affekstörungen [4]	9	5	4
Schwachsinn	6	4	2

(die obigen Zahlen stellen sämtlich *Prozente* dar, bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder : 800)

sind auch noch die Ueberweisungen durch die Schulen. Auch die Zusammenarbeit mit der Sozialfürsorge und Berufsberatung ist noch nicht genügend organisiert, desgleichen die Verbindung mit dem erst seit wenigen Monaten in Rumänien eingeführten Jugendgericht.

1. Jede Beratung dauert etwa 1 ½ Stunden, manchmal aber auch erheblich länger. Dazu kommt noch der Hausbesuch und die Uebertragung sämtlicher Daten mit der Schreibmaschine auf unsere Beobachtungsbogen.

2. Damit sind nicht identisch die "Klagen", derentwegen die Kinder von den Eltern zu uns gebracht wurden. Diese machen meist nur einen geringen Teil der von uns gefundenen Symptome aus.

3. Tics, Nägelbeissen, Hautzupfen, Lutschen, Lockendrehen usw.

4. Phobien, Obsessionen, psychogene Anfälle usw.

Geordnet nach ihrer *Häufigkeit* kann man die 18 Symptome in 4 Gruppen einteilen :

1. *Gruppe* (mehr als 400 Kinder) : Disziplin-u. Esschwierigkeiten.

2. *Gruppe* (zw. 200 u. 300 Kindern) : Angst, Unselbständigkeit, Nervöse Angewohnheiten, Schlafstörungen, Wutanfälle, Irritabilität, Lernschwierigkeiten, Enuresis.

3. *Gruppe* (zw. 100 u. 200 Kindern) : Sprachstörungen und Nervöses Weinen.

4. *Gruppe* (weniger als 100 Kinder) : Sexuelle Störungen, Lügen, Verwahrlosung, Asozialität, Spezielle Affektstörungen, Schwachsinn.

Wenn wir versuchen in die Reihe der Symptome eine *kategoriale Ordnung* hineinzubringen, so ergeben sich 3 Hauptgruppen :

1. Gruppe : *Störungen der Affektivität der Libido :*

Angst, Wutanfälle, Irritabilität, Nervöses Weinen, Spezielle Affektstörungen, Nervöse Angewohnheiten, Sexuelle Störunge.

2. Gruppe : *Störungen der sozialen Einordnung :*

Disziplinschwierigkeiten, Unselbständigkeit, Asozialität, Verwahrlosung (incl. Stehlen), Lügen.

3. Gruppe : *Störungen der Nahrungsaufnahme und — ausscheidung, sowie des Schlafs :*

Esschwierigkeiten, Miktions-und Defäkationsstörungen, Schlafstörungen.

4. Gruppe : *Störungen in Entwicklung und Gebrauch der intellektuellen, — der Ausdrucksfunktionen :*

Lernschwierigkeiten, Schwachsinn, Sprachstörungen.

In bezug auf die Häufigkeit steht die 1. Gruppe mit 1289 Fällen, an der Spitze, dann folgen die 2. Gruppe mit 966 Fällen, die 3. Gruppe mit 843 Fällen und schliesslich die 4. Gruppe mit 429 Fällen.

ERFOLGE

ART DER SYMPTOME	VERWUNDEN	GEBESSERT	UNVERÄNDERT
Enuresis	42	28	30
Esschwierigkeiten	39	17	44
Sexuelle Störungen	41	12	47
Nervöses Weinen	27	26	47
Disziplinschwierigkeiten	26	24	50
Irritabilität	23	26	51
Unselbständigkeit	29	19	48
Nervöse Angewohnheiten	30	16	54
Wutanfälle	21	24	55
Verwahrlosung, Stehlen	42	3	55
Pavor	18	26	56
Schlafstörungen	28	16	56
Lernschwierigkeiten	26	17	57
Asozialität	23	16	61
Spezielle Affektstörungen	19	19	62
Lügen	25	10	65
Sprachstörungen	14	19	67

(sämtliche Zahlen bedeuten *Prozente*, bezogen auf die Zahl der Kinder pro Symptom).

Wenn wir die einzelnen Symptome auf die bei ihnen erzielten Erfolge hin überprüfen, so ergibt sich zunächst einmal folgende Reihenfolge, wobei wir als Mass für die Erfolgsgrösse die Differenz zwischen der Zahl der völlig geheilten ("verschwundenen") und der "unveränderten" Fälle annahmen (je grösser die Differenz in Richtung auf die "unveränderten", umso geringer der Erfolg) :

1. *Gruppe* (plus o) : Enuresis.

2. *Gruppe* (weniger als — 20) : Weinen, Esschwierigkeiten, Verwahrlosung, Sexualstörungen.

3. *Gruppe* (zw. — 21 u. — 30) : Disziplinsch., Unselbständigk., Irritabilität, Schlafstörgn, Nerv. Angewohnheiten.

4. *Gruppe* (zw. — 31 u. — 40) : Angst, Wutanfälle, Lernschw., Lügen, Asoziabilität.

5. *Gruppe* (mehr als — 41) : Spezielle Affektstörungen, Sprachstörgn.

Fassen wir im obigen Sinne (s. S.) die Symptome kategorial zusammen, so ergibt sich hinsichtlich des Erfolges : Am besten schneidet die Gruppe "Nahrungsaufnahme-ausscheidung u. Schlaf" ab (37% verschwunden, 47% unverändert), dann folgt die Gruppe "Soziale Einordnungsschwierigkeiten" (28% verschwunden, 53% unverändert), die Gruppe "Affekt-und Libidostörungen" (24% verschwunden, 54% unverändert) und schliesslich die Gruppe "Intellektuelle; Ausdrucksfunktionen" (22% verschwunden, 60% unverändert ; excl. Schwachsinn).

Es bedarf wohl keiner Erwähnung, dass die Erfolgsziffern der verschiedenen Symptome nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar sind und dass sie überhaupt nur in sehr beschränktem Masse ein Bild von den wirklichen Erfolgen bzw. Misserfolgen unserer Arbeit geben. Zunächst einmal sind durchaus nicht alle Symptome gleich leicht auf Erfolg und Misserfolg hin kontrollierbar (z. B. Enuresis leicht, Angst schewer). Dann gibt es auch inbez. auf die Gesamtpersönlichkeit zentralere und periferere Symptome (Z. B. Verwahrlosung zentral, Tics, perifer). Da die Symptome durchwegs Signale tiefer liegender Störungen sind, so müsste eine Erfolgsstatistik eigentlich die Momente echter Charakterveränderungen enthalten. Da die Symptome bestimmt auch gleichzeitig "Mittel, Arrangements" (im Adlerschen Sinne) sind, so müsste weiterhin durch die Statistik erfasst werden, ob das Verschwinden eines Symptoms nicht etwa nur auf einer "Symptomverschiebung" beruht, dh. dass ein bestimmtes Symptom (z. B. Essschwierigkeiten als Protest) innerhalb einer veränderten Situation seine Mittelfunktion nicht mehr erfüllt und daher durch ein anderes (z. B. Schlafstörungen) ersetzt worden ist. Wir haben übrigens solche Symptomverschiebungen nicht sehr häufig beobachtet.

Die Kinder leiden selten nur an einem einzigen Symptom, sondern haben meist mehrere (bis zu 15/16) Symptome aufzuweisen (durchechn, 4, 7 Symptome pro Kind). Dies erschwert die Aufstellung einer Erfolgsstatistik noch mehr (wir haben diese Schwierigkeit hier dadurch umgangen, dass wir die Erfolge gesondert für jedes einzelne Symptom und nicht pro Kind berechnet haben).

Nun noch kurz zu den *Gründen* unserer Erfolge bzw. Misserfolge. Drei verschiedene Hauptfaktoren wirken bei der Behandlung unserer Kinder zusammen :

1. Das Kind selbst, 2. der bzw. die Berater 3. die Umgebung des Kindes (Eltern, Geschwister, sonstige Pflegepersonen).

Vom *Kinde selbst*, das eigentlich der wichtigste Faktor unserer Beratungsarbeit sein sollte, hängt der Ausgang in viel geringerem Masse ab, als man glauben sollte. Je jünger das Kind, desto weniger bedeutungsvoll ist uns der direkte Kontakt mit dem Kinde, und desto wesentlicher wird uns die Auseinandersetzung mit den Eltern. Es kommt gar nicht selten vor (bei Kindern unter 3 Jahren fast immer), dass wir auf eine persönliche Beratung des Kindes ganz verzichten und uns ausschliesslich auf die Beratung der Angehörigen beschränken. Je grösser das Kind ist, desto mehr bedürfen wir seiner bei der Veränderung seiner eigenen Situation und der seiner Umgebung. Zuweilen gelingen uns Behandlungen grösserer Kinder ausschliesslich aufgrund der Mitarbeit des Kindes, dort nämlich, wo die Umgebung ganz versagt.

Was die Person des *Beraters* anbelangt, so handelt es sich hier im wesentlichen um eine Ausbildungsfrage. Diese liegt ja für die Heilpädagogen im allgemeinen und für die Erziehungsberater im speziellen in allen Ländern sehr im Argen. Eine systématische Ausbildungsstätte für Erziehungsberater gibt es m. W. in Europa noch nirgenda. Aber auch die beste "Methode" bleibt erfolglos, wenn es dem Berater nicht gelingt, das Vertrauen des Kindes und der Eltern zu gewinnen. Hier können manche "Taktfehler" von seiten des Beraters oft den ganzen Erfolg der Behandlung gefährden. Aber auch der Kontakt allein genügt nicht, wenn dem Berater dabei das Verständnis für die Genese der Störungen des Kindes verschlossen bleibt. Aus unserer Erfahrung kann ich sagen, dass wir sehr häufig nicht über das Erfassen der Allgemeinsituation des Kindes und der damit verbundenen Schäden und Mängel hinauskommen. Trotzdem wir also in solchen Fällen nicht zu einer Klärung der speziellen Symptomgenese kommen, erreichen wir vielfach dennoch die Heilung des Falles durch die blosse Beseitigung der allgemeinen Milieuschäden.

Der zentralste Faktor bleibt das *Milieu* des Kindes. Hier liegen unsere schwersten Probleme und hier liegt auch die Quelle für den grössten Teil unserer Erfolge und Misserfolge. Wenn wir unsere Beobachtungsbogen daraufhin durchlesen, was die einzelnen Berater als Gründe fur die nichtgelungenen Behandlungen angeben, so finden wir immer wieder : Eltern völlig unzugänglich, "Kein Vertrauen zu unserer Beratung" usw. Die Eltern leisten unseren Bemühungen um eine Veränderung ihres Verhaltens dem Kinde gegenüber oft einen geradzu verzweifelten Widerstand. Dort wo sich die Angehörigen in diesem Widerstand gegen uns einig sind ist der Misserfolg fast besiegelt. Häufig profitieren wir jedoch zunächst von der Uneinigkeit der Angehörigen inbez. auf die Meinung über uns und die Durchführung unserer Ratschläge. Gelingt es uns, einen Elternteil zu gewinnen und auf diese Weise einen gewissen Erfolg beim Kind zu erzielen, so bekehren sich vielfach auch unsere ursprünglichen "Gegner", zum Nutzen des Kindes. Selbstverständlich ist unsere Arbeit auch dort erschwert oder behindert, wo die sozialen Verhältnisse einen Grad erreicht haben, dass nur aufgrund einer vorangegangenen sozialen Assistenz an eine psychologische Behandlung des Falles gedacht werden kann. Leider sind diese Fälle durchaus nicht selten.

Discussion. — M. le Dr FRIEDJUNG (Vienne).

---

1. Es gibt bereits eine Schule für Erziehungsberatung : *August Aichhorn* hält in *Wien* unter grossen Zuspruch und begeistertem Interesse der Besucher Kurse und Seminarien über Erziehungsberatung.

2. Die Frage H. Prof. Schröders zur Erziehung : "Wie macht man das" erlaubt nur folgende Antwort : Das Wirksame ist das Lebendige Beispiel des Erziehers, bei den grossen Erziehern also *die geschlossene sittliche Persönlichkeit*.

LA DÉMUTISATION DES ENFANTS DÉFICIENTS

Les problèmes qu'elle pose sont d'ordre Médico-Pédagogique.

PAR

le Docteur HENRIETTE HOFFER, Médecin-Pédagogue.
Fondatrice des Écoles pour Enfants inaptes à suivre les classes normales.

Cette question d'ordre Médico-Pédagogique ne saurait plus longtemps laisser les médecins indifférents. De plus en plus en effet ils sont consultés par des parents anxieux devant la mutité de leur enfant. De plus en plus ils seront rendus responsables des échecs de l'éducateur s'ils conseillent « de temporiser », de « laisser faire la nature ». Car il faut bien le dire dans cette matière le temps perdu l'est irrémédiablement. Le déficient qui ne s'est pas démutisé seul à l'âge de 4 ans ou ne se démutisera jamais ou parlera si mal qu'il aura compromis gravement son développement psychique.

Nous entendons par enfants déficients tous ceux qui ne peuvent s'éduquer et s'instruire par les moyens communément employés par les familles d'abord et les instituteurs ensuite dans les classes normales.

Parmi ces enfants nous classons :

1° Les déficients sensoriels aveugles ou amblyopes ; sourds-muets ou enfants entendant mal.

2° Les déficients moteurs avec ou sans déficit intellectuel.

3° Les déficients intellectuels à des degrés divers.

4° Les déficients avec troubles du caractère constitutionnels ou acquis.

Nous préférons ce terme de déficients à celui d'anormaux plus choquant, d'arriéré moins précis.

Quel que soit le déficit constaté : sensoriel, moteur, intellectuel ou caractériel, chaque fois qu'il intervient très tôt chez l'enfant il met celui-ci dans l'impossibilité de se développer et de s'éduquer normalement.

Parmi les troubles de développement de l'enfant il y a lieu de souligner l'importance et la fréquence des troubles du langage. Ces troubles vont des simples dyslalies jusqu'à la mutité absolue. Rien d'étonnant à cela si l'on considère la complexité du langage, phénomène psycho-moteur délicat et complexe, attribut spécifique de l'homme, celui qu'il ne partage avec aucun autre être de la création (le psitacisme du perroquet n'est pas une langue) celui qui, expression de la pensée humaine, en révèle la supériorité dans l'Univers organisé.

Étant donné la complexité et la difficulté que représente l'acquisition d'une langue il n'est pas étonnant de constater que la plupart des déficients arrivent difficilement à la réaliser. En réalité en dehors des aveugles la grande majorité des enfants déficients sont muets ou parlent mal, restent longtemps au stade agramatique et présentent fréquemment des dyslalies.

Les enfants sourds ou entendant mal, restent muets même s'ils sont intelligents puisque c'est par l'imitation de plus en plus parfaite des sons produits par la parole de ceux qui l'entourent que le bébé normal se démutise.

Les déficients moteurs graves, également, restent muets alors même qu'ils ne présentent pas de déficit intellectuel accusé, qu'il s'agisse de déficients moteurs fonctionnels ou organiques. Les déficients psychiques et en particulier les gros instables se démutisent rarement seuls.

Enfin bien des déficients du caractère parmi lesquels il convient de citer les hyperémotifs et les opposants restent également muets.

En résumé la grande majorité des enfants déficients sont muets ou parlent mal et le problème de l'éducation de ces enfants est avant tout une question de démutisation. Ce problème est à notre avis le plus urgent à résoudre car de l'acquisition du langage dépend le succès de l'éducation de ces enfants. La démutisation est la condition sine qua non de toute l'éducation du déficient.

Or cette démutisation est un problème très complexe, exigeant de la part des éducateurs une technique sûre et beaucoup de temps. Sommairement parlant le langage, dans sa forme orale, dirons-nous, est une pensée extériorisée sous forme de mouvements.

L'éducation de l'enfant muet doit donc être dirigée à la fois dans le sens de la pensée et vers le phénomène moteur.

Au point de vue psychologique il faut éveiller patiemment, avec ingéniosité, l'appétit du langage chez l'enfant muet. Il est en effet d'observation courante que l'enfant muet qu'il soit sourd, déficient moteur ou intellectuel trouve plus commode de s'exprimer par gestes et met rarement de la bonne volonté à acquérir le langage parlé. Son entourage, attentif à le deviner, entretient sa passivité.

Il faut d'autre part, mettre l'intelligence de l'enfant muet en état de réceptivité, c'est-à-dire éveiller et développer l'attention visuelle et auditive qui permettront l'acquisition des mots de la langue aussi bien que des formes de la syntaxe. De plus, la mémoire doit être entraînée peu à peu à retenir le mot symbole, à le fixer et à l'évoquer au moment de s'en servir.

Enfin la parole étant un mot pensé qui se réalise sous forme d'acte moteur, il y a lieu d'éduquer l'ensemble de l'appareil producteur des sons parlés : muscles du soufflet pulmonaire producteur de l'air, muscles thoraciques inspirateurs et expirateurs, muscles des cordes vocales, de la langue, du voile du palais, des joues, des lèvres, d'assurer leur coordination réciproque et la coordination avec la pensée.

Ceci dit, on comprend que l'effort de l'éducateur doive se diriger à la fois du côté de l'éducation musculaire et de l'éducation intellectuelle, tandis que le médecin que la question ne saurait laisser indifférent doit suivre son petit malade attentivement afin de favoriser le rôle du maître par les soins thérapeutiques nécessaires. Cette éducation pour être efficace doit donc mener de front le développement moteur et intellectuel de l'enfant.

Il nous est impossible dans le cadre de cette courte communication de donner les détails de technique à suivre tels que nous la réalisons. Nous nous bornerons à signaler les grandes lignes de la méthode.

L'éducation motrice doit être complète et totale, elle doit viser à entrainer tous les muscles et toutes les articulations de l'organisme pour obtenir un maxi-

mum de rendement. Tous les gestes de la vie individuelle et sociale doivent être enseignés. Ce faisant l'enfant est en même temps entraîné plus spécialement à imiter les gestes complexes et précis de la parole. Cette imitation qui, chez les tout-petits, prend la forme de jeux, porte d'abord sur des mouvements isolés, de souffle, d'articulation rappelant les essais du petit bébé. Les mots suivent bientôt groupés, suivant les difficultés phonétiques qu'ils présentent. Viennent très vite ensuite les phrases dont l'enseignement est favorisé par des exercices de rythme.

Cette éducation motrice de la parole ne peut, hâtons-nous de le dire, que se faire parallèlement à l'éducation intellectuelle de l'enfant déficient, le mot symbole ne devant être que l'expression d'une pensée.

La langue en tant que phénomène intellectuel doit, également suivre une technique très rigoureuse. Il ne saurait être question de laisser l'enfant acquérir au hasard le vocabulaire d'un enfant normal de son âge. Il y mettrait des années, pendant lesquelles son éducation générale se ferait mal. Il faut donc l'y aider en classant les mots suivant leur degré d'utilité, en les groupant, en les illustrant par des dessins et des images pour en favoriser leur mémorisation.

Mais la partie la plus délicate peut-être, dans notre tâche, est de mettre notre petit déficient à même de parler correctement sa langue, de passer du stade agramatique au stade du langage correct. C'est ici encore qu'il faut souligner l'importance de la méthode à suivre qui ne doit rien laisser au hasard, pour conduire l'enfant pas à pas dans le dédale compliqué des conjugaisons, dans les complexités des formes interrogatives de la pensée, dans l'emploi subtil des prépositions.

Ce problème, on le voit, est délicat et complexe. Le médecin y est intéressé, non seulement, parce qu'il lui est demandé d'intervenir au point de vue thérapeutique, mais encore parce qu'il est en général le premier à donner son avis sur l'urgence et la nécessité de l'éducation à donner à l'enfant. En aucun cas, à notre avis, il ne faut conseiller d'attendre au delà de 3 ans à 4 ans. S'il s'agit d'un simple retard, l'éducateur aura tôt fait de réparer la paresse de la nature. S'il s'agit d'un cas plus grave, toute année gagnée donne à l'enfant le maximum de chance de récupération.

LE PATRONAGE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE MOYEN D'OBSERVATION DE L'ENFANCE DÉFICIENTE

PAR

MM. les Docteurs E. MINKOWSKI et H. POLLNOW, de Paris.

Des facteurs d'ordre médical, pédagogique et social se rejoignent dans le problème de l'enfance déficiente, et c'est simultanément par ces trois versants que ce problème doit être abordé. Diminution de la misère sociale, relèvement du niveau des adultes ayant charge des enfants et par conséquent du niveau pédagogique, lutte contre les maladies et les tares, héréditaires ou acquises, tels sont les objectifs à atteindre.

Au centre de ce travail se place nécessairement la consultation neuro-psychiatrique, ou comme il serait peut-être préférable de dire, la consultation médico-pédagogique. Mais pour complet que soit l'outillage d'une consultation en ce qui concerne les examens cliniques, biologiques, psychologiques et les enquêtes sociales, dans bien des cas les données recueillies devront être complétées par une *observation*, suffisamment prolongée, faite par un personnel spécialisé et portant, dans une atmosphère aussi naturelle que possible, sur toutes les formes d'activités et de réactions : jeux, travaux manuels, effort scolaire, sociabilité, réactions affectives, suggestibilité, modifications dans le comportement à la suite d'influences subies, etc... L'observation est souvent nécessaire chez l'adulte, elle l'est bien plus chez l'enfant qui, en pleine évolution, pose toujours la question du comportement et du caractère sous l'angle de la personne non-formée encore, ayant tout l'avenir devant elle, ou en d'autres termes, sous l'angle des possibilités latentes et de la malléabilité qu'elles peuvent conditionner. De ce fait aussi toute observation s'inspire d'emblée de la possibilité d'une rééducation et des moyens pour l'atteindre, et comporte ainsi les germes d'une telle rééducation.

L'observation, associée ou non, selon les cas, à un traitement médicamenteux, peut être réalisée par le placement dans un service clinique ou dans un foyer pédagogique. Il est superflu d'insister sur les avantages que présente une telle mesure ; dans bien des cas, elle est la seule solution adéquate. Mais cette mesure est onéreuse. De plus — et c'est là un point qui mérite d'être souligné tout particulièrement — si le changement total de milieu qu'elle comporte résout bien des problèmes, il les résout parfois d'une façon trop radicale : l'éloignement de la famille, surtout si nous envisageons cette famille comme une unité vivante sur laquelle doit porter notre effort, de même que l'éloignement du milieu scolaire habituel, ne devront être préconisés bien souvent opportunément qu'après l'échec des autres moyens d'action ; ils peuvent présenter des inconvénients

sérieux. Ainsi entre la consultation et l'hospitalisation, il y a place pour des échelons intermédiaires.

Nécessité est souvent le meilleur conseiller. Chargés de la consultation médico-pédagogique à l'Hôpital Rothschild, nous y avons affaire surtout à des enfants appartenant à des familles de l'émigration juive, se trouvant dans des conditions très difficiles, souvent non-naturalisés et privés ainsi des moyens d'assistance qu'offrent les institutions publiques. D'autre part, ces enfants nous sont adressés en premier lieu par les patronages des Centres Sociaux pour la Jeunesse Juive, créés par Madame la baronne Édouard de Rothschild ; ces Centres disposent de patronages pour enfants (normaux), fonctionnant deux fois par semaine : les enfants y sont nombreux et certains d'entre eux se signalent par ce fait qu'ils n'arrivent pas à s'intégrer au groupe et présentent un comportement anormal, conséquence soit d'une insuffisance mentale soit de troubles du caractère. Une collaboration étroite s'est établie de cette façon entre notre consultation et les éducatrices des patronages. De là est née l'idée de la création d'un petit patronage spécial pour enfants déficients, cela dans le but de décharger les patronages de ces enfants et de les réunir en même temps en un petit groupe en vue de leur observation. Ce projet a pu être réalisé, il y a six mois, grâce à la Société O. S. E. (Société pour la protection de la Santé des populations juives).

L'idée de patronages spéciaux n'est pas neuve. En Suisse, en Allemagne, on réunit dans des patronages de cet ordre des enfants arriérés ou sourds-muets ; il y existe aussi des jardins d'enfants destinés à l'étude des difficultés se manifestant à l'âge pré-scolaire. Dans les pays où les classes à l'école primaire n'ont lieu que le matin, ces patronages peuvent utiliser tous les après-midi. En France, on ne dispose que des jeudis et des dimanches. Mais là encore, à cause de notre budget plus que modeste, nous avons dû en attendant nous borner à réunir les enfants une fois par semaine de 2 à 6 heures. Nous espérons toutefois pouvoir faire fonctionner notre patronage bientôt 2 fois par semaine de 9 h. du matin à 6 h. de l'après-midi.

Le patronage reçoit des enfants âgés de 6 à 13 ans, ayant été examinés au préalable à la consultation de l'Hôpital Rothschild. Le nombre d'enfants admis à la fois n'excède pas le chiffre de 20. La durée de l'observation étant en moyenne de 2 à 3 mois, 60 à 80 enfants peuvent bénéficier du patronage au cours d'une année. Pendant les premiers six mois, nous avons eu 51 enfants, dont 32 garçons et 19 filles. Il est intéressant à noter que la courbe d'âge de ces enfants montre deux sommets, l'un à 8 ans, l'autre à 13 ans, expression probable, le premier, de l'âge où les difficultés scolaires se font sentir d'une façon particulièrement intense, le second, de l'âge où commencent à se poser les problèmes d'orientation professionnelle. Sans doute, l'observation au patronage, faute d'institutions appropriées, ne mène pas toujours à une solution satisfaisante ; c'est d'ailleurs encore en général le cas dans ce domaine. Nous avons pu néanmoins après cette observation préconiser et réaliser en connaissance de cause le placement de certains enfants, comme dans d'autres cas nous avons pu rester en contact avec les familles et continuer ainsi à surveiller l'enfant.

Le personnel pédagogique se compose d'une éducatrice et d'un éducateur spécialisés, et d'une stagiaire. Il est possible ainsi de diviser les enfants en trois groupes de 6 à 8 enfants chacun, ces petits groupes étant particulièrement propices pour l'observation. Le patronage fournit tous les matériaux nécessaires pour les jeux et pour les travaux manuels.

Il ne s'agit là que de modestes débuts, mais les expériences faites nous paraissent suffisamment encourageantes pour étendre utilement, sur ce plan, l'activité médico-pédagogique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES ET LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS DE LA DÉBILITÉ MENTALE

PAR

M. le Dr Erich STERN, de Paris

Il faut dire que, dans la plupart des cas, les résultats d'un traitement médical de la débilité mentale sont assez limités. Dans beaucoup de cas nous réussissons à développer l'intelligence et élever le niveau mental. L'importance de ce fait ne doit pas être sous-estimée ; un individu peut encore devenir utilisable, surtout, si le traitement médical est complété par un traitement pédagogique approprié. Mais ce n'est que très rarement qu'on peut arriver à une guérison plus ou moins complète. Ce moment et les tendances actuelles dirigées plutôt vers la prophylaxie nous ont conduits à rechercher s'il est possible de réduire le nombre de débiles venant au monde.

On a pensé voir un remède très efficace dans la stérilisation de tous les débiles. Beaucoup d'auteurs en attendent une diminution de leur nombre sinon leur disparition. De cette manière écrit Weygandt [1] dans son livre récemment paru : « En stérilisant actuellement 200.000 cas de débilité héréditaire à l'âge de 10 à 15 ans, on prévient la naissance de centaines de milliers d'enfants débiles dans les dix années prochaines ». Weygandt croit que, la stérilisation réalisée, « certaines formes de débilité disparaîtront complètement dans un avenir prochain, et que déjà en 1950 on pourra constater une diminution considérable du nombre de débiles ».

Cette opinion se base sur l'hypothèse que l'hérédité est la cause la plus importante de la débilité mentale. Il doit s'agir d'une hérédité homologue, c'est-à-dire que les parents débiles ont des enfants débiles. Nous ne savons pas dans quelle mesure cela est exact. En effet, Guett, Ruedin, Ruttke disent : quant à l'hérédité, une « grande probabilité » n'est pas 100%, et non plus 50% de probabilité, mais : il faut « considérer comme grande probabilité une probabilité beaucoup plus petite ».

Le pourcentage qu'on donne pour l'hérédité de la débilité mentale varie selon les différents auteurs. Weygandt résume les résultats des statistiques existant actuellement en disant que le nombre des enfants débiles varierait entre 1/3 et la moitié si l'un des deux parents était débile, mais qu'il serait de 90% si les deux parents étaient débiles. Dans un asile allemand Pfleger avait trouvé que les chiffres correspondants étaient 58,1% et 72%. En 1930 Chotzen [2] avait publié

1. Weygandt, der jugendliche Schwachsinn. Seine Erkennung, Behandlung und Ausmerzung. Stuttgart, 1937.

2. Chotzon, Zur Pathologie des Hilfsschulkindes. Zeitschrift für Kinderforschung. 1930, Bd 37, Heft 5.

les résultats d'une enquête concernant les enfants fréquentant les écoles de perfectionnement de Breslau. Son travail qui se base sur 870 enfants est fait avec la plus grande exactitude. Il trouve une tare héréditaire dans 40% des cas mais il y compte toutes les tares possibles (psychoses, maladies nerveuses, épilepsie, tuberculose, etc.). En prenant exclusivement la débilité mentale, il ne trouve que 16% ! Peut-être ces divergences s'expliquent-elles par le fait que l'asile ne reçoit que les cas les plus graves alors que l'école de perfectionnement accepte surtout les cas de légère débilité.

Le nombre de débiles qui sont présentés à la clinique de neuro-psychiatrie infantile de la Faculté de Médecine de Paris (chef de service : Docteur Georges Heuyer), est très considérable ; 487 du 1er juillet 1931 au 1er juillet 1932. La plupart de ces enfants sont amenés par leurs parents ou, au moins, accompagnés par eux (ou par l'un d'eux) ; on peut donc, à cette occasion, se rendre compte soi-même de leur état mental. Les observations complètes, les questionnaires peuvent préciser cette impression. Elle est très nette : le pourcentage des parents débiles est assez petit.

Pour avoir des indications plus exactes, j'ai pris les dossiers de 100 enfants débiles que j'ai examinés et suivis moi-même et où j'ai eu l'occasion de voir le père ou la mère ou les deux parents, et assez souvent aussi les frères et les sœurs. Évidemment nous n'avons pas pu faire un examen mental à l'aide des tests chez tous les membres de la famille. Il nous fallait nous baser sur l'impression pendant la conversation et sur les indications générales que les parents nous ont données, (par exemple : profession du père et de la mère, des frères, des sœurs etc.).

Nous avons trouvé seulement dans 4-6 % des cas une certaine débilité chez un ou deux parents. Dans aucune condition le pourcentage n'est plus élevé que 10%, même quand on y compte les états de débilité très légère, qui relèvent plutôt du domaine d'intelligence inférieure ou médiocre. Parmi les cas examinés il n'y en avait que deux où l'un des parents était illettré. Il n'y avait aucun cas où les parents étaient incapables de subvenir à leurs besoins. C'est ce facteur qui doit nous intéresser le plus. En dehors de ces 4-6 % il existait encore 5 % où d'autres membres de la famille étaient débiles ou atteints d'une maladie mentale.

Parmi nos 100 malades il y en avait 8-10 % dont un frère ou une sœur étaient de même débiles, ce qui est aussi un pourcentage peu élevé en comparaison des statistiques d'autres auteurs.

Le rôle d'une hérédité homologue semble assez restreint. Il faut donc se demander quelles sont les causes de la débilité. D'abord il y a 11% de nos enfants qui sont nés avant terme, il y a 10% d'accouchement au forceps et 13% d'enfants qui sont nés asphyxiés. Le traumatisme obstétrical joue donc un très grand rôle. MELTZER [1] dans son article sur le traumatisme obstétrical mentionne un travail de SCHOTT, qui a trouvé un traumatisme obstétrical dans 13,63 % des cas de débilité. Nos chiffres sont plus élevés encore.

L'âge des parents au moment de la conception ne semble, d'après nos observations, jouer aucun rôle. C'est surtout pour quelques formes de la débilité mentale, comme le mongolisme, qu'on a accusé l'âge trop avancé des parents. Dans une publication précédente (en 1933) nous avons pu confirmer ce fait pour un nombre de cas de mongolisme, où peut-être, un certain épuisement des glandes génératrices entre en jeu. Mais pour la débilité en général, l'âge des parents n'a aucune importance.

Les deux causes principales de la débilité mentale me semblent être — encore aujourd'hui — l'alcoolisme et la syphilis. Dans un travail précédent (une conférence faite en 1935 au VIIe cours de haute culture médicale à Spa [1]) j'ai montré que l'alcoolisme se trouve dans 35% des cas de débilité mentale, la syphilis dans 37,5 à 45% des cas. Dans la série de cas examinés plus spécialement pour cette communication, j'ai trouvé l'alcoolisme du père ou de la mère ou des deux dans 35% des cas. Il faut ajouter les cas où les grands-parents — soit de la ligne paternelle, soit de la ligne maternelle — buvaient (35% des cas). L'alcoolisme des parents et des grands-parents était avoué dans 25% des cas. Il y avait donc 45%, où dans les antécédents familiaux l'alcoolisme jouait un rôle. Quant à la syphilis nous avons trouvé dans les deux générations précédentes des maladies d'origine certainement spécifique (paralysie générale, aortite, anévrisme, apoplexie à un jeune âge etc.) et des cas où l'affection était avouée par les parents dans 18%. Mais si nous prenons encore les stigmates que l'enfant présente et sur lesquels M. HEUYER insiste beaucoup, (dents, fossette coccygienne etc.), nous les trouvons dans 20-25% des cas. Nous avons constaté des convulsions dans la première enfance dans 19% des cas. Dans les familles où il existe plusieurs enfants débiles, la syphilis joue très souvent un rôle.

1. Meltzer, Geburtstrauma. In "Encyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik, Bd I. Halle a/S 1934.

Un fait qui nous semble de plus grande importance, c'est la relation entre la débilité mentale et la débilité motrice. Dans un travail publié en 1919 [2]), j'ai attiré l'attention sur ce fait, qui, cependant, a peu occupé les auteurs. Ce fait se manifeste déjà très tôt par un retard plus ou moins considérable du premier développement psychomoteur. Nous ne voulons pas trop longtemps insister sur ce fait, qui mérite d'être étudié encore de plus près. Nous voulons dire seulement que nous avons trouvé un retard de la parole ou un retard de la marche ou de la propreté — ou de 2 ou 3 de ces facteurs dans 65% des cas. La débilité motrice persiste très souvent, nous voyons très souvent des troubles moteurs très accusés chez les débiles, une maladresse et une lenteur qui rendent extrêmement difficile l'orientation professionnelle de ces malades. Il faut dire de plus que nous avons constaté des troubles de la parole plus ou moins accusés dans 30% de nos cas.

Nous n'avons trouvé aucune relation précise entre la débilité intellectuelle et le développement physique. Nous voyons parmi les débiles des enfants de taille normale, des hypotrophies et des hypertrophies staturales et pondérales.

Ce que nous avons voulu montrer dans cette brève communication, c'est le fait que les facteurs héréditaires dans un sens strict et précis, c'est-à-dire les cas où les antécédents nous révèlent des troubles mentaux ne sont pas tellement fréquents qu'on le croit souvent. La stérilisation des débiles peut diminuer — peut-être — le nombre des cas de débilité mais pas dans la proportion où on l'affirme aujourd'hui très souvent. Les causes les plus fréquentes de la débilité mentale sont l'alcoolisme et la syphilis. Pour l'alcoolisme on pourrait poser la question : le facteur héréditaire ne joue-t-il pas un grand rôle, l'alcoolisme n'est-il pas un signe de maladie mentale ? C'est peut-être le cas, pour un certain pourcentage, mais on ne peut certainement pas généraliser cette opinion. L'habitude et les facteurs sociaux sont de plus grande importance. La syphilis est une infection pour laquelle le facteur héréditaire est sans importance, mais où le facteur social joue aussi un rôle considérable. Mais en dehors de ces causes il existe un grand nombre de cas, où nous ne pouvons indiquer, en l'état actuel de nos connaissances, aucune cause de la débilité. Pour combattre la débilité, pour la rendre moins fréquente, il faut en premier lieu tâcher de combattre la syphilis et l'alcoolisme.

1. Voir L'Hygiène mentale 1936, XXXIe année, N° 7.
2. Erich Stern Beiträge zur Intelligenz-und Eignungsprufung Minderbezahler. Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie 1919, Bd 47, n° 4-5.

PRINCIPES SUIVIS DANS LA FONDATION DE LA PREMIÈRE ÉCOLE DES ANORMAUX EN GRÈCE

PAR

M. le Professeur E. LAMPADARIOS
Professeur de Pédologie et d'Hygiène Scolaire à l'Université d'Athènes
Directeur du Service de l'Hygiène Scolaire
au Ministère Hellénique de l'Instruction Publique

I. INTRODUCTION

Nous distinguons dans chaque classe scolaire au point de vue des progrès intellectuels trois grandes catégories d'élèves bien distinctes entre elles :

La *première* qui forme la minorité, est composée d'élèves ayant une perception de l'enseignement facile et suivant sans peine et sans difficulté les leçons. Selon l'heureuse comparaison de Biervliet, ces élèves ressemblent aux hommes d'un bon estomac digérant facilement tout aliment qu'on leur donne.

La *seconde* catégorie est composée d'un nombre important d'enfants et est formée d'élèves d'une perception difficile et ne pouvant pas suivre régulièrement avec leurs autres camarades les leçons. Ce sont les indigestes, c'est-à-dire ceux qui ne peuvent pas facilement digérer et s'assimiler la nourriture qu'on leur prépare.

La *troisième* catégorie enfin, est composée d'élèves qui se trouvent au point de vue de perception et de poursuite des leçons au milieu des deux autres catégories. Ces enfants sont ceux que nous appelons les *élèves normaux et réguliers* (type ordinaire d'écoliers).

La première catégorie de ces élèves est nommée par les pédagogues, catégorie des INTELLIGENTS (avancés, über dem Alter) ; la seconde des NON INTELLIGENTS (retardés, unter dem Alter) et la troisième des écoliers RÉGULIERS ou NORMAUX (réguliers, im Alter).

Cette distinction, en ce qui concerne l'assiduité et le progrès des écoliers fréquentant les écoles, en ces trois grandes catégories, correspond à l'état mental des écoliers.

Les écoliers intelligents ont une intelligence plus grande que les écoliers du type moyen, des normaux, alors que chez les anormaux cette intelligence fait défaut.

Nous pouvons aujourd'hui, grâce à l'aide de méthodes psychométriques minutieuses, dont nous allons succinctement décrire ci-dessous le principe, déterminer d'une manière plus ou moins exacte le degré d'intelligence (aptitudes) de ces écoliers et procéder au diagnostic de chacune de ces catégories. (V. notre Hygiène Scolaire 3e éd. 1934, p. 178 et s.).

Les enfants constatés par la psychométrie comme possédant une intelligence normale sont déterminés comme ayant un INDICE D'INTELLIGENCE (I. I.) égal à 100. Dans ce cas I. I. est le quotient de la division de l'âge mental (A. M.) par l'âge chronologique (A. Ch.).

Si, par exemple, un écolier âgé de neuf ans a en même temps 9 ans de développement mental, parce que celui-ci a résolu les tests correspondants à l'âge de 9 ans, son âge chronologique (A. Ch.) est de 9 ans et son âge mental (A. M.) de 9 ans, c. t. d. $\frac{A.\,M.}{A.\,Ch.} = \frac{9}{9}$ = I. I. ou pour mieux dire 100 ; car, pour des raisons pratiques nous réduisons en décimaux, en multipliant par 100.

Si, un autre élève d'un âge chronologique (A. Ch.) de 6 ans présente un âge mental (A. M.) de 9 ans l'Indice d'Intelligence (I. I.) est alors égal à $\frac{9}{6} \times 100 = 150$. Cet écolier a donc une intelligence supérieure à la normale, et dans ce cas il s'agit évidemment d'un enfant intelligent.

En travaillant de la sorte (système Stern) [1] nous aboutissons à la détermination mathématique des différentes catégories d'intelligence. Nous donnons ci-après un tableau général de la graduation de l'intelligence des écoliers fréquentant les écoles, sur base des enquêtes faites à l'Étranger.

TABLEAU DE LA GRADUATION DE L'INTELLIGENCE [2]

I. I.	CATÉGORIE D'INTELLIGENCE		PROPORTION
0-70	Retardés	Imbéciles	2 %
70-80		Arriérés de grand calibre	5 %
80-90		Arriérés de calibre inférieur	13 %
90-110	Réguliers		60 %
110-120	Avancés	Intelligents	13 %
120-130		Intelligents de calibre supérieur	5 %
130 et au-dessus		Génies	2 %

Il va sans dire que la proportion de chacune de ces catégories varie par nations. C'est ainsi que Thermann a dressé le tableau suivant basé sur l'I. I. donné par les élèves examinés aux États-Unis d'Amérique.

1. Les systèmes de calcul et de détermination du degré d'intelligence sont nombreux, mais peu répandus, comme ceux de Verkes, Descoedres, Herring, la méthode russe qui présente plus d'une imperfection etc. Chez nous (en Grèce) ce sont les professeurs Sakellariou (de l'Université de Salonique) et Exarchopoulos (de l'Université d'Athènes) qui ont dressé l'échelle métrique d'Intelligence.

2. V. Notre ouvrage L'Hygiène Scolaire 2e éd. 1934, p. 183.

I. I.	CATÉGORIE D'INTELLIGENCE	PROPORTION
au-dessous de 77	Retardés de grand calibre	3 %
77- 93	Arriérés	22 %
94-107	Réguliers	50 %
108-124	Intelligents	22 %
au-dessus de 124	Intelligents par excellence (Génies)	3 %

Nous donnons ci-après, à titre de comparaison, les résultats des enquêtes relatives helléniques.

Ainsi, sur 571 enfants dont on a déterminé le degré d'intelligence [1], celle-ci a été :

au-dessous de 79	dans une proportion de				3%
entre 80- 96	»	»	»		22, 2%
entre 97-123	»	»	»		50, 1%
entre 124-157	»	»	»		21, 5%
au-dessus de 158	»	»	»		3, 2%

Par contre, nos recherches, sur le même sujet, ont donné les chiffres concentrés suivants :

I. I.	CATÉGORIE D'INTELLIGENCE	PROPORTION
au-dessous de 90	Retardés	28%
90-110	Réguliers	54%
au-dessus de 110	Avancés	18%

D'autres expérimentateurs ont communiqué d'autres chiffres et ainsi de suite [2]. Ils prétendent encore que le nombre des enfants avancés (intelligents) est égal à celui des retardés, malgré l'opinion opposée soutenue par d'autres tels que Thermann. Nos propres recherches, ainsi que nous allons le démontrer en temps dû, sont loin d'établir une égalité de proportion entre retardés et avancés et tendent plutôt à concorder avec les résultats établis par Therman. Mais, en fait, tous aboutissent à la même conclusion d'après laquelle : *Le système pédagogique d'instruction des écoliers d'après une forme standard et sommaire où la mentalité individuelle de chaque enfant est ignorée et méconnue, est un système anachronique et antiscientifique et qu'il faut classifier les écoliers en rapport à leur aptitude intellectuelle et les éduquer également en rapport à leurs facultés mentales.*

La pédagogie, qui suit ces méthodes et s'efforce de réaliser des classes homogènes, c'est-à-dire des classes composées d'élèves ayant à peu près le même

1. Par le Prof. Exarchopoulos (Athènes).
2. Les statistiques allemandes donnent les chiffres suivants : Écoliers allemands fréquentant les écoles spéciales : 91.000. Écoles spéciales pour idiots environ 1.000 avec 4.250 classes. On évalue annuellement à environ 1.000 les écoliers qui sont inscrits dans les écoles spéciales allemandes (Hilfschulen) 80% de ceux qui quittent ces écoles arrivent à gagner leur vie.

niveau mental, a instauré, en dehors des écoles ordinaires, fréquentées par les écoliers de structure normale ou régulière, deux nouvelles catégories d'écoles. *Les écoles ou classes des intelligents* (Stern) *et les écoles ou classes des anormaux et retardés* (écoles spéciales, auxiliaires ou similaires). Les premières sont encore rares (Berlin), tandis que les secondes sont de diverses formes et répandues partout, suivant le genre d'enfants anormaux qu'elles reçoivent ; la catégorie en effet, des enfants anormaux est générale et comprend plusieurs subdivisions et degrés d'états psychopathologiques.

II. FRÉQUENCE ET PROPORTION DES ANORMAUX

Règle générale, les écoles spéciales acceptent des *enfants anormaux éducables*. Les anormaux non éducables (imbéciles, idiots etc.) sont renvoyés aux asiles spéciaux.

Examinons maintenant la proportion dans laquelle on rencontre ces enfants dans les écoles ordinaires et notamment chez nous en Grèce. D'après les statistiques Européennes le nombre des mentalement retardés et des arriérés, c'est-à-dire des écoliers susceptibles d'être éduqués, ne dépasse pas les 10% de l'ensemble des écoliers fréquentant les écoles (Allemagne, France) [1]. Mlle Descœudres, l'excellente pédagogue Suisse renommée pour ses travaux spéciaux sur les enfants anormaux, fait remonter cette proportion à 13%, Decroly de Belgique à 8% et d'autres enfin autrement.

Nous autres, avons constaté en Grèce (V. notre Hygiène scolaire, 3e éd. 1934, p. 243) parmi des écoliers des *écoles publiques* âgés de 6 à 14 ans, une proportion d'environ 7,5% d'écoliers en général mentalement anormaux ; dans une enquête spéciale faite à Athènes nous avons découvert sur ce quantum des arriérés véritables c'est-à-dire retardés mentalement de 1 à 3 années et pouvant être éduqués, une proportion d'environ 10% sur l'ensemble des écoliers fréquentant les écoles. Nous comptons donc, d'après ces données, le nombre des enfants arriérés en Grèce âgés de 6 à 14 ans et éducables à un nombre moyen de 7.000 à 8.000. Et l'on se demande : Que deviendront ces enfants ? Est-il raisonnable et scientifiquement correct de les faire éduquer en même temps que les autres écoliers, tant que nous ne possédons pas encore en Grèce des écoles spéciales pour ces enfants ? Les défauts résultant d'une pareille co-éducation sont bien évidents et tous admettent la nécessité de la fondation d'écoles spéciales pour les enfants anormaux. J'ignore les raisons qui ont ajourné la réalisation de ces écoles chez nous ; mais si j'en juge de ma longue expérience de carrière et des différents rapports répétés mais improductifs soumis de la part de ceux qui ont foi dans la grande mission éducatrice autant que civilisatrice des écoles des anormaux, j'en attribue la principale raison au fait que cette question n'a pas encore bien mûri chez nous et surtout au fait que les autorités compétentes financières hésitent de sanctionner les dépenses nécessitées par ces institutions, dépenses qui, en vérité, ne sont pas à dédaigner.

III. LA CRÉATION EN GRÈCE DE LA PREMIÈRE ÉCOLE DES ANORMAUX

Heureusement nos efforts ont été en partie couronnés de succès et nous avons ainsi pu réaliser la création de la première école des anormaux en Grèce, grâce

1. V. note, pag. 140.

surtout à l'intérêt croissant montré par le ministre actuel de l'Instruction publique M. Georgacopoulos et l'assistance précieuse des directeurs des services de l'Enseignement primaire et secondaire.

Son emplacement a été choisi et compris dans le grand terrain du Ministère de l'Instruction, donation de la Near East Foundation, à proximité du quartier de Kaissariani et face à la grande école primaire.

Cette école spéciale fonctionnera pendant l'année scolaire courante et jusqu'à la construction du bâtiment destiné à l'abriter, dans les locaux se trouvant déjà au centre du terrain.

Le plan du futur bâtiment a été élaboré par le Service Technique du Ministère de l'Instruction Publique à base des nouvelles conceptions hygiéniques sur l'orientation ; ces conceptions depuis longtemps déjà soutenues par nous sont considérées comme les plus appropriées pour la construction des bâtiments scolaires en Grèce (modèle de classes demi-aérées) et s'adaptent mieux aux conditions climatériques locales.

IV. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'ORGANISATION DE L'ÉCOLE

L'emplacement trouvé, il ne nous reste plus qu'à examiner l'organisation de notre école spéciale et à voir quels seraient les enfants qui pourraient y être admis.

Nous avons déjà dit que par la dénomination d'« enfants anormaux » nous comprenons un nombre assez important d'enfants irréguliers et d'une insuffisance mentale variée. Tous ces enfants dont on a donné plusieurs définitions ont été classés en plus d'une subdivision. Mais notre intérêt n'est en réalité porté, en ce qui concerne la matière pédagogique, que seulement aux enfants anormaux éducables (retardés ou arriérés).

Ordinairement il y a trois catégories de retardés fréquentant les écoles spéciales.

1° Les retardés par suite de défectuosités des organes sensoriels (myopes, sourds d'oreille, etc.).

2° Les retardés pédagogiquement par suite d'une fréquentation irrégulière de l'école ou d'un milieu défavorable.

3° Les retardés par suite d'anomalies psychiques.

Les deux premières de ces trois catégories peuvent être facilement améliorées et reprendre, après un certain temps, leur place parmi les écoliers normaux. Par contre, la troisième catégorie, c'est-à-dire celle comprenant les enfants présentant des perversions psychiques, constitue la catégorie des véritables arriérés que rarement on peut ramener à un état physiologique régulier.

Binet et Simon (connus par la première poussée qu'ils ont donnée aux recherches psychométriques de l'âge de l'enfance) entendent comme *enfant retardé* tout enfant pouvant s'entendre soit oralement soit par écrit avec ses semblables, mais qui, comparé à ses camarades de même âge, présente un retard d'éducation de deux ans, s'il est d'un âge inférieur à 9 ans et de 3 ans s'il est d'un âge supérieur à 9 ans, mais à la condition que ce retard ne soit pas dû à une insuffisance scolaire.

Certains, comme par exemple la majorité des Allemands etc. n'admettent pas — et pour raison — cette définition empirique. Du reste il est difficile de

séparer par des limites précises et bien déterminées chacune des catégories de ces enfants psychopathologiques en ce qui concerne leur éducabilité. C'est donc ainsi que beaucoup font des retardés (retardés de grand degré) ceux renfermant une part d'idiotie et exécutant des actes anti-sociaux, comme aussi on rencontre souvent parmi les idiots un degré d'intelligence leur permettant l'exécution d'œuvres ou actes demandant une certaine capacité ou habileté ainsi que la pratique d'une profession industrielle (ouvrages manuels, dessins etc.). Du reste, en nous rapportant à Heller, quels sont les éléments significatifs que nous possédons qui nous démontreraient que l'enfant d'un âge avancé qui semble idiot ou inapte à être éduqué (6e ou 7e année ou plus encore) est réellement tel, et qu'on ne pourrait pas rendre possible son éducation, si l'on eût commencé de bonne heure, à sa quatrième année par exemple, une psychothérapie appropriée ?

C'est pour cette raison que l'on constate aujourd'hui une tendance à multiplier des centres *neuropsychomédicaux* (médico-pédagogiques) pour nourrissons, aujourd'hui encore rares, et formant généralement des dépendances de Dispensaires ou Cliniques Pédiatriques et placés sous la direction de spécialistes, (Vermeylen etc.) afin de pouvoir diagnostiquer à temps et appliquer de bonne heure, dès le bas âge, les moyens scientifiques nécessités pour l'assistance de ces enfants anormaux. Les Centres et Dispensaires de ce genre sont aujourd'hui assez nombreux.

Le Centre de Bruxelles (1926) en forme un modèle. En 1925 la Faculté de Paris a également fondé un Centre pareil, et l'Amérique en est dotée depuis déjà nombre d'années. Il existe enfin dans l'Université de Vienne, en plein fonctionnement, une section spéciale « médicopédagogique » et la plupart des universités allemandes et suisses s'empressent de fonder chacune la leur. Nous avons chez nous en Grèce, dans le CENTRE PÉDOLOGIQUE D'ATHÈNES (Rue Alexandrou Soutsou (N° 20) une section spéciale d'anormaux sous ma direction, où tout collègue peut envoyer des enfants suspects de troubles psychiques aux fins d'y être diagnostiqués et, de là-même, orientés.

Le diagnostic de ces derniers est parfois assez difficile, parce qu'en général les types de retardés de la haute échelle, diffèrent bien peu des enfants normaux et réguliers. C'est pour cette raison que Czerny les qualifie généralement « *d'enfants difficilement éducables* » et qu'il entend une catégorie intermédiaire entre enfants anormaux et réguliers, c'est-à-dire ceux présentant une légère échelle d'insuffisance mentale.

Rappelons, enfin, que dans la catégorie des retardés, on comprend aussi celle des *faux-retardés* (Cruchet, Audemard). Nous qualifions de *faux-arriérés* d'abord ceux qui ont irrégulièrement fréquenté l'école, ensuite les myopes (courts de vue), les sourds d'oreille, les adénopathiques et en général tous ceux dont l'état mental est physiologique (normal) mais qui en même temps présentent certains troubles passagers psychiques dus à des lésions pathologiques (arriérés passagers de Le Gendre). Ceux-ci sont les écoliers mauvais et paresseux, qui deviennent cependant les meilleurs après le diagnostic de leur lésion et l'application de la thérapie appropriée.

V. LÉGISLATION

En conclusion, la classification au point de vue pratique des enfants anormaux et le choix des élèves des écoles spéciales présentent des difficultés assez importantes. Pour ces raisons le législateur de la loi N° 453 « au sujet de la fondation d'une école d'arriérés et retardés » en Grèce (Journal Off. N° 28 du 28/1/1937),

agissant correctement d'après notre opinion, a suffisamment élargi le but de cette école par l'admission d'élèves mentalement insuffisants selon la définition de Ley universellement admise. Nous donnons ci-après le texte entier de cette loi :

Loi No 453 (1937)
Journ. Off. 28/30/1/1937

DE LA CRÉATION D'UNE ÉCOLE D'ENFANTS ARRIÉRÉS ET RETARDÉS

« Art. I. Pour le soin physique, mental et moral des enfants anormaux et arriérés, il est permis de faire instaurer à Athènes, par arrêt ministériel, une école spéciale à cet effet et devant fonctionner qu'un Décret Royal déterminerait.

Des écoles semblables peuvent être encore fondées à Athènes ou ailleurs par arrêt émis par les ministres de finances et d'Instruction Publique.

On peut de la même sorte faire ajouter des classes spéciales à des écoles régulières déjà en fonctionnement.

On distingue — dans le sens de la présente loi — comme enfants anormaux et retardés ceux présentant un degré suffisant de trouble mental, inconstance psychique ou débilité mentale pour une réaction normale contre les excitations provoquées par le milieu ordinaire éducateur et pédagogique.

Pour le fonctionnement de ces écoles il est affecté jusqu'à concurrence de trois fonctionnaires de l'enseignement primaire ou secondaire pour chacune de celles-ci. »

. . . .

Le Décret Exécutif prévu par cette loi a été déjà élaboré ; il comprend l'organisation détaillée de cette école et il sera très prochainement publié. Plus d'une question cependant avaient surgi pendant l'élaboration de ce Décret. L'organisation des plus anciennes écoles européennes de ce genre était fondée sur l'ancien système allemand (dit système du Dr Sickinger de Mannheim). Ce système a été aujourd'hui grandement modifié (système de Francfourth). On compte en Angleterre des écoles spéciales pour anormaux excellemment bien organisées [1]. La Belgique a également un système à part introduit par Decroly, et enfin les Américains sont considérés comme ceux possédant les meilleures écoles de ce genre.

VI. CHOIX DES ÉLÈVES ET MÉTHODE DE LEUR EXAMEN

Notre école spéciale s'est principalement basée sur les systèmes les plus récents, sans avoir toutefois méconnu les conditions helléniques.

On a d'abord décidé que l'école aux débuts de son fonctionnement n'admettra que des élèves externes provenant du voisinage. La région entière est desservie par 4 écoles primaires du quartier de Kaissariani, toutes les quatre abritées dans le bâtiment scolaire public de Kaissariani, situé juste en face de l'école récemment élevée des anormaux. Il serait à souhaiter que les écoles spéciales de ce genre aient aussi un internat, mais pour le moment et pour plusieurs raisons ceci n'a pas été jugé favorable à notre école.

1. V. description dans notre ouvrage : L'Hygiène des bâtiments scolaires en Angleterre.

Le choix des enfants s'est fait comme suit : Après avoir bien instruit le personnel enseignant de ces quatre écoles on leur a distribué des bulletins imprimés [1], dont nous annexons un modèle au présent rapport, et contenant un *questionnaire* pour vérifier grosso modo les différentes aptitudes et inaptitudes de chaque écolier que ses instituteurs, qui l'ont suivi à ce jour, auraient qualifié d'anormal. Ce bulletin a été laissé aux instituteurs pendant trois ou quatre jours pour être complété.

C'est ainsi que les instituteurs de ces quatre écoles réunies ont choisi environ 150 élèves comme présentant des signes d'insuffisance mentale et comme étant psychiquement anormaux. La désignation de ces enfants constitue *la première étape du choix d'élèves* destinés à l'école des anormaux (examen préliminaire).
Les enfants ainsi choisis ont été ensuite soumis à un *second examen*, l'examen principal. Ce *second examen* est plus substantiel et se compose de 3 examens subalternes : *l'examen médical, l'examen psychologique et l'examen pédagogique* ; il est accompagné par l'enregistrement des données de ces examens dans le *bulletin individuel de chaque élève* d'un modèle spécial (mod. du bull. individuel des anormaux du Centre Pédologique d'Athènes).

L'*examen médical* de tous les élèves candidats de l'école spéciale et suspects d'insuffisance mentale, a été fait sous notre surveillance directe dans les différentes sections du Centre Pédologique d'Athènes, dépendance du Ministère de l'Instruction Publique (Rue Alexandrou Soutsou, No 20), par son directeur, M. Chr. Georgacopoulos assisté par le scholiatre M. Emm. Papahatzaki. L'examen médical a été plein et détaillé, embrassant les différents systèmes organiques. On a ainsi vérifié leur état actuel et leurs aptitudes et notamment l'état de leur système nerveux, des organes sensoriels, de la dentition, du rhinopharynx etc., car dans le cas contraire tout travail ultérieur serait basé sur des hypothèses ou des données fausses.

L'examen pédagogique au moyen des tests a été fait par la directrice de l'école, Mme Rosa Imvriotou. Les résultats de ces examens ont été enregistrés en collaboration et en présence de l'Inspecteur d'Enseignement du district M. Haralambopoul, ainsi que le détermine la loi. De ces 150 enfants on a trouvé par la psychométrie 44 *mentalement insuffisants* comme présentant un degré d'intelligence variant entre 45-90 (méthode Stern) et ce sont ceux-là qui ont été choisis comme élèves de la première école des anormaux.

En général, nous observons que les 44 arriérés constatés sur un total de 1858 écoliers des quatre écoles primaires de Kaissariani, c'est-à-dire 23% (I. I. = 45-90), forment un nombre supérieur à peu près double de celui que nous avons plus haut mentionné comme ayant résulté d'une de nos enquêtes précédentes, beaucoup plus antérieure à celle-ci ainsi que de celui mentionné par les expérimentateurs étrangers (Descœudres et autres). Ceci est dû à la différence de l'Indice d'Intelligence qui a été pris comme base au moment de la sélection psychométrique des enfants. En d'autres termes, dans notre examen actuel nous avons considéré comme mentalement insuffisants non seulement les élèves présentant un retard scolaire de 1 à 3 ans mais aussi ceux ayant présenté à la psychométrie une intelligence de 45-90 au moment de leur examen par l'échelle Binet-Therman, ce qui est beaucoup plus en accord aux conceptions modernes d'organisation de ces écoles.

1. Ce bulletin strictement préliminaire pour la sélection des élèves des écoles spéciales, vise surtout au choix par le personnel enseignant des écoles ordinaires, des enfants présentant à leur appréciation un retard mental, il a été adressé par la directrice de l'école des anormaux Mme Roza Imvriotou et a été d'une très grande utilité lors de la première sélection, par principe, des écoliers.

Cette méthode d'examen et de sélection de nos élèves de l'école spéciale, indépendamment du fait que dans cette catégorie d'enfants il a été compris un certain nombre d'enfants faux-anormaux (adénoïdes etc.), est beaucoup plus scientifique et va de commun avec les prescriptions de la loi se rapportant à la création de notre école spéciale. Le tableau ci-après montre les diverses catégories des 42 enfants jugés propres à fréquenter l'école des anormaux.

ENFANTS ANORMAUX D'UN DEGRÉ D'INTELLIGENCE 45-90

16 mentalement insuffisants d'un léger degré (I. I. 75-90)
24 mentalement insuffisants d'un degré médiocre (I. I. 60-75)
2 mentalement insuffisants d'un degré supérieur (I. I. 45-60)

VII. L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT
(Classes, Programme, etc.)

Les classes telles que celles qui existent dans les écoles ordinaires ne fonctionnent pas dans les écoles des anormaux. Le système qui prévaut c'est celui de l'enseignement individuel et non sommaire ; chaque enfant donc est classé dans un grade en rapport à ses aptitudes intellectuelles. Par contre on ne peut pratiquement réaliser le plein coenseignement des enfants appartenant au même grade, parce qu'en général ces enfants présentent un certain naturel et des différences de personnalité et n'ont pas toujours tous la même aptitude dans toutes les leçons, ni non plus leur progression simultanée et parallèle dans toutes les leçons est possible. Un élève par exemple fait tels ou tels progrès dans les leçons grammaticales, alors qu'il est en retard aux mathématiques et ainsi de suite. Il n'est donc pas étrange de voir souvent dans les écoles spéciales un élève suivre les leçons grammaticales de la division inférieure alors qu'il est plus fort aux mathématiques ou dans une autre leçon dont il suit les cours de la division supérieure. Dans tous les cas si la subdivision ordinaire fait défaut dans les écoles spéciales il y existe tout de même une certaine graduation en rapport aux aptitudes de chacun. Ces graduations sont nombreuses. Dans l'école spéciale hellénique nous avons jugé bon de les diviser en trois divisions : la division inférieure, la division moyenne et la division supérieure.Chacune de ces divisions comprendra deux classes. La première division est de plus composée d'une subdivision devant servir de préparatoire pour l'enseignement ultérieur des enfants. Enfin les avis sont partagés en ce qui concerne le nombre d'élèves que devrait comprendre chaque classe.

Tous sont en principe d'accord qu'il est impossible de suivre plus de 20 élèves dans chaque classe. La loi allemande y relative précise (1924) qu'à Berlin les écoles spéciales auront au maximum 16 élèves dans la division inférieure, 18 dans la division moyenne et 20 dans la division supérieure.

Cette détermination semble être la meilleure.

La durée du stage des enfants arriérés dans notre école est à peu près égale à celle imposée aux écoliers fréquentant les écoles ordinaires primaires en Grèce. C'est-à-dire à partir de la septième année jusqu'à la quatorzième car il est impossible de signaler quelques résultats satisfaisants dans un laps de temps moindre. En Angleterre cette durée est fixée de la huitième à la seizième année de l'enfant. Dans notre école spéciale l'éducation sera commune sans distinction entre filles et garçons comme cela se pratique, d'ailleurs, dans toutes les parties du monde.

Le programme analytique des écoles spéciales forme un de leurs points les plus importants. Dans son élaboration on prend en général en considération les conditions de la nature particulière et du but de l'école aussi bien que les cas spéciaux (état et fonctionnement des facultés intellectuelles de l'enfant, développement physique et mental, adaptation de notre système progressif à ces facultés, buts pratiques de l'enseignement etc.).

L'élaboration du programme analytique propre à ces écoles est donc l'œuvre du *pédagogue spécial collaborant avec le médecin*. Dans l'école spéciale de Kaissariani (faubourg d'Athènes) comprend un ensemble d'heures d'enseignement hebdomadaire réparti comme suit : préparatoire 18 heures ; division inférieure 18 à 20 heures ; division moyenne 24 et division supérieure 28 heures. Comme base on prend l'enseignement sommaire *concentré*.

Il est nécessaire de réconforter la débilité mentale, de suspendre toute rupture, de compléter les manques et les vides et de faire rétablir dans la mesure du possible l'enchaînement physiologique de la pensée et de l'expression.

Il va sans dire que parallèlement à cet enseignement donné de la part d'instituteurs spécialement préparés et se trouvant en contact continuel et fréquent avec le scholiatre, il ne faudrait pas aussi négliger, mais tout au contraire réserver une grande partie de la journée au *séjour et aux jeux en plein air, à l'hygiène physique et la gymnastique, aux bains* etc., afin de soigner ainsi en même temps que l'éducation intellectuelle des écoliers leur éducation physique. Dans l'école spéciale de Kaissariani nous avons prévu toutes ces conditions ; et nous nous occupons encore d'organiser la cantine scolaire et le séjour presque continuel en plein air des écoliers. Nous avons enfin prévu d'attacher à l'école un médecin scolaire, car on ne peut entendre une organisation parfaite d'école d'anormaux sans la vigilance suivie et la surveillance continuelle d'un scholiatre spécial, suffisamment préparé à cet effet et possédant à fond les questions actuelles de l'hygiène et de la psychopathologie infantiles.

Telle est en général la première école spéciale pour anormaux fondée récemment en Grèce et tels sont les principes sur lesquels nous nous sommes basés pour son organisation scientifique. L'avenir nous indiquera si ces bases ont été celles qui conviennent le mieux à notre pays ou si elles doivent être retouchées. Dans tous les cas le premier pas a été fait et ceci forme déjà une étape importante de progrès.

TECHNIQUE ERGOLOGIQUE A L'ÉTUDE ET L'ÉDUCATION DES ENFANTS RETARDÉS, DIFFICILES, DÉLINQUANTS

PAR

HÉLÈNE ANTIPOFF
Dir. du Laboratoire
de Psychologie de l'École de Perfectionnement pour institutrices.
Présidente de la Société Pestalozzi pour l'enfance exceptionnelle,
Bello Horizonte. Brésil.

Dans l'éducation des retardés et le traitement des antisociaux, délinquants et même des aliénés le travail commence à occuper une place de plus en plus marquée. Cette pratique pèche cependant dans grand nombre d'établissements par un empirisme fâcheux, alors qu'elle exige, pour devenir une méthode de rééducation efficiente, une étude préalable et une technique précise.

Qu'est-ce que le travail dans sa définition psychologique ? C'est une forme d'activité productive qui, mettant en jeu les fonctions physiques et psychiques de l'individu, les met au service d'un but à longue échéance, de nature sociale, et consciente du sujet.

Ainsi défini, nous ne le trouvons intégralement que très rarement chez les internés des asiles, des cliniques et des reformatoria. Leur incapacité au travail est précisément un des symptômes importants de la déficience mentale ou du trouble du caractère.

Nous croyons que l'entraînement rationnel et méthodique au travail est le moyen le plus naturel et le plus sûr pour contribuer au développement mental et à la formation de leur personnalité.

La technique ergologique que nous proposons, après l'avoir expérimentée pendant plus de deux ans à l'Institut Pestalozzi de Bello Horizonte pour enfants exceptionnels, s'inspire de l'étude caractérologique de Lasoursky. L'expérimentation naturelle, tel est le nom donné par l'auteur à sa méthode, consiste à se servir des réalités de la vie de tous les jours comme d'un réactif pour l'étude psychologique de l'individu. L'observation pure et simple pèche par le manque de précision et de contrôle ; l'expérience du laboratoire et les tests courants sont par trop artificiels et se réalisent généralement dans des conditions bien différentes de celles de la conduite dans la vie. Lasoursky trouva moyen de joindre les avantages de chaque méthode en évitant autant que possible leurs défauts.

Intéressé à l'étude caractérologique de l'écolier, c'est l'école même et ses différentes activités qu'il soumit à l'analyse psychologique. En collaboration étroite avec les maîtres d'une école Lasoursky dressa d'abord pour chaque branche

d'enseignement primaire l'inventaire complet d'exercices typiques pour chacune d'elles. A chaque exercice il joignit l'inventaire des manifestations variées observées dans la conduite des enfants ; à chacun des comportements il attribua un équivalent fonctionnel ou caractérologique. Il compléta sa technique par l'évaluation quantitative, en trois degrés, de ces équivalents, en dressant des cadres contenant des modèles d'évaluation pour chaque caractère observé.

Cette méthode « catégoriale » en ce qui concerne l'évaluation de la conduite, observée dans les conditions réelles de la vie courante, préalablement soumise à l'analyse, fut déjà à maintes reprises employée, çà et là, par différents auteurs. Elle servit jusqu'alors aux seules fins du diagnostic psychologique.

L'Institut Pestalozzi l'employa encore en vue de la rééducation de ses élèves retardés, nerveux et anti sociaux.

Appliquée à la pratique du travail, notre méthode ergologique a pour but de :

1. Diagnostiquer les aptitudes et certains aspects du caractère.
2. Contrôler objectivement les progrès techniques.
3. Contrôler les progrès dans la formation des habitudes sociales et du caractère.
4. Créer chez l'individu les habitudes techniques et sociales nécessaires au travail.
5. Stimuler l'individu à l'activité sociale et à la rééducation de sa personnalité.

L'élaboration de la méthode est basée sur les données suivantes :

A. Étude attentive de toutes les modalités possibles d'un travail déterminé (travail domestique, agricole, dans les ateliers).

B. Graduation des modalités de travail selon leur plus ou moins grande difficulté de réalisation technique.

C. Analyse du travailleur vis-à-vis de chaque modalité de travail et la recherche des équivalents psychologiques pour chaque groupe de manifestations.

D. Évaluation objective du rendement total (technique).

E. Évaluation de la conduite au travail.

Tout le travail de l'Institut Pestalozzi fut soumis minutieusement à l'étude indiquée ci-dessus. Tous les métiers pratiqués, toutes les activités ergologiques furent représentées sous ce double aspect : d'une part sous l'inventaire détaillé et gradué selon les difficultés techniques et d'autre part sous forme d'échantillons également gradués pour l'appréciation des manifestations fonctionnelles et caractérologiques.

Un grand cadre affiché dans le hall de l'Institut indique la distribution hebdomadaire des élèves dans les divers services de la maison, du jardin et des ateliers. Chaque service et atelier affiche pour la semaine un cadre détaillé du travail de chacun de ses élèves. Des cahiers avec des feuilles individuelles pour chaque enfant sont à l'usage des maîtres et éducateurs pour l'inscription des observations quotidiennes sur la conduite de l'enfant pendant le travail. Enfin des fiches individuelles hebdomadaires formulées en termes caractérologiques condensent sous forme de notes d'appréciation la conduite au travail déterminé de l'enfant.

Ajoutons à cela que des réunions régulières, tous les samedis, auxquelles participent maîtres et enfants sous la présidence de la directrice, représentent une partie importante de notre technique ergologique. Elles ont pour but, après l'examen attentif de chaque fiche individuelle, d'assigner à chaque enfant son pécule et le porter sur le carnet de la Banque de l'Institut.

Tout le travail matériel et productif de l'Institut est rétribué. Trop souvent les clients des asiles et surtout des reformatoria se croient être exploités par les institutions. On sait combien cette impression représente un fort obstacle à l'introduction du travail chez les aliénés et les délinquants. Voulant éviter cette attitude négative chez nos adolescents et intéressés à leur faire adopter le travail d'une manière la plus naturelle et sociale possible, l'Institut Pestalozzi préconise la rémunération en tirant d'elle un très réel profit pour l'éducation de ses élèves. Le pécule est loin d'être uniforme. Au contraire, il varie selon le travail qu'on fait, suivant le rendement et, chose importante, suivant la conduite du travailleur, au travail. Il représente une évaluation tangible à l'enfant de son rendement et de son effort ; il lui permet de mieux saisir ses progrès et voir aussi combien il lui manque et ce qu'il lui manque pour profiter davantage de son travail, car, nous le verrons tout à l'heure, la rétribution se fait une fois que la fiche de l'enfant fut publiquement discutée en réunion du samedi.

Pour faire mieux comprendre notre technique, prenons un exemple. Je le choisis intentionnellement entre les occupations les plus banales. Il paraîtra peut-être même un peu naïf. Mais c'est justement le mérite de l'expérimentation naturelle pour le diagnostic comme pour l'éducation de se servir des moyens les plus courants les plus banaux, car on les a toujours sous la main et qui peuvent être utilisés dans n'importe quel établissement, même le moins privilégié quant à ses conditions matérielles.

C'est du travail domestique que je veux parler, du simple nettoyage de la maison et de ses annexes.

Ce travail à l'Institut comprend huit modalités.

1. Balayage du pavé cimenté autour de la maison.
2. Balayage de la cour.
3. Lavage du préau.
4. Lavage des vérandas.
5. Nettoyage des W.-C. et des lavabos.
6. Époussetage des meubles.
7. Encausticage des planchers.
8. Époussetage des plafonds et des murs internes.

Ces modalités étudiées dans leur technique et à travers l'observation faite sur les enfants de différents niveaux intellectuels sont ordonnées de la plus simple à la plus compliquée, les premières ne demandant qu'un niveau inférieur de développement, les dernières — un niveau plus élevé et des aptitudes plus délicates et complexes.

Les élèves commencent par les plus simples et montent dans l'échelle des occupations domestiques aussi haut que leurs capacités le permettent pour exécuter le travail *en perfection*. D'aucuns ne pourront faire bien même le plus simple, le balayage du pavé, qui se fait individuellement et en n'employant qu'un seul et unique ustensile — le balai. Ceux-là, au développement très inférieur, resteront dans leurs classes et s'entraîneront aux travaux manuels encore plus simples. D'autres au contraire, ayant rapidement exécuté tous les travaux du nettoyage et appris leur technique, passeront aux travaux des ateliers. L'Institut est en train d'étudier le niveau mental minimum nécessaire pour chaque modalité de travail et selon les différences bio-typologiques.

Ce qui importe c'est moins le résultat matériel du travail, que le diagnostic et l'entraînement de l'enfant dans la formation de sa personnalité.

La fiche discutée en réunion porte sur les dix données suivantes :

1. L'habitude de commencer immédiatement le travail.
2. La méthode du travail (séquence des procédés).
3. Le soin du matériel et des instruments de travail.
4. La persévérance.
5. La responsabilité vis-à-vis du travail reçu.
6. L'initiative et l'emploi des procédés originaux.
7. La direction du groupe des travailleurs.
8. L'humeur pendant le travail et vis-à-vis des collaborateurs.
9. L'énergie et l'effort à vaincre dans les difficultés.
10. La qualité du rendement.

Chacune de ces rubriques donne lieu à une note hebdomadaire, évaluée à l'échelle de cinq degrés de la note 1 — très mauvaise à la note — 5 — excellente. C'est la note moyenne sur les dix caractères observés qui sert de critère pour la rémunération. Le minimum de paiement — un milreis — s'effectue à partir de la note 3. On ne reçoit rien si la note est en dessous de 3. La rémunération augmente à mesure qu'augmente la note. Des gratifications spéciales sont assignées pour un travail où l'enfant fait preuve d'une capacité exceptionnelle, comme ce fut par exemple le cas pour un enfant qui inventa un instrument ingénieux et utile pour le nettoyage, ou cet autre qui manifesta un don extraordinaire d'organisation et de direction du groupe de douze collaborateurs.

Comme on le voit, la qualité du travail matériel, n'est cotée que comme un élément sur dix, exigé au travail. Si le rendement est insuffisant ou médiocre, alors que tous les autres caractères de la fiche reçoivent chez l'enfant une cotation supérieure, c'est une indication que le genre de travail ne correspond pas aux capacités et aux efforts de l'enfant et qu'il lui faut chercher une autre occupation. La préoccupation de l'Institut vis-à-vis de ses élèves est de les orienter vers les professions les plus appropriées à leurs aspirations et aptitudes. Une fiche comme celle que nous venons de montrer, ou légèrement modifiée pour d'autres genres de travaux, nous renseigne suffisamment sur l'attitude de l'enfant pour tel ou autre travail essayé.

Elle a l'avantage d'être représentée aussi sous forme d'un profil. En adoptant le profil circulaire dans lequel les rayons représentent chacun des caractères étudiés et les cinq circonférences concentriques, les cinq degrés de l'échelle, nous y voyons tout d'abord l'étendue générale du profil et de l'autre sa plus ou moins grande régularité. Ayant obtenu le profil à un moment donné nous sommes intéressés à voir les progrès de l'enfant, trois ou six mois plus tard. Le second profil, tracé sur le même schéma et la même feuille que le premier, permettra de voir les changements qui se sont opérés dans ses habitudes et sa conduite au travail. L'enfant, consultant ses propres profils, saura les interpréter lui-même ou avec l'aide du professeur : il comprendra mieux ses côtés faibles et ceux qui sont en plein développement.

Cette confrontation périodique peut avoir encore une autre utilité. Nous l'avons essayée sur un groupe plus ou moins homogène de 28 garçons entre 14 et 17 ans, tous appartenant à un centre de recueillement pour garçons abandonnés et matriculés à l'Institut Pestalozzi en qualité de demi-pensionnaires. Les deux profils établis sur les moyennes de chacun des dix caractères pour les 28 élèves, l'un tracé en mars et l'autre en septembre de la même année, c'est-à-dire dans l'intervalle de six mois, montra le second profil bien plus étendu que le premier. Aucun des secteurs ne resta stationnaire, mais tandis que les uns comme l'habitude de commencer le travail, la méthode dans le travail, l'humeur, la qualité du travail firent des progrès notables, d'autres, comme l'initiative, l'effort à vaincre la difficulté, la persévérance beaucoup moins nets.

Nous touchons d'ailleurs là un problème fort important, à savoir exactement quel est le coefficient d'éducabilité de certaines habitudes et conduites sociales, entraînées par le régime rationnel du travail. Il est fort utile de savoir à l'avance, après avoir soumis à l'étude grand nombre d'enfants de niveaux différents et appartenant aux byo-types variés, la durée probable pour la formation de telle ou autre habitude, pour la diminution notable de tel ou autre défaut. Cette connaissance et prévision pour le moment manque presque totalement au personnel des établissements pour enfants exceptionnels. Il semble même que le problème de ce genre là ne fut pas encore posé en pédagogie spéciale, alors que sa solution aiderait grandement à mieux comprendre la complexité que chacun de ses caractères représente et l'effort que chacun d'eux exige de l'éducateur.

A SPECIAL TYPE OF HOMOSEXUALITY FOUND IN GIRLS' CORRECTIVE SCHOOLS

BY

LOWELL S. SELLING, M. D., Ph. D.

Whether the same type of institution exists in the rest of the world as does in the United States I do not know, but in each state of the Union there is an institution known as a Corrective School for Girls. The inmates of such schools differ in character and in offenses which they have committed according to the attitude and standard of the State in which the school is found.

In most states, particularly those having an extremely populous center such as New York, Chicago, Detroit or Philadelphia, the schools are populated almost entirely with sexual delinquents — girls who have run away from home or who are caught cohabiting with men, or even prostituting. The usual range for these girls is from twelve to eighteen, although it is permissible for them to be kept in the institution until they are twenty-one if they seem still to be incorrigible after a certain period of residence. Most of their sex delinquency has been of an extremely flagrant heterosexual type.

The problem of homosexuality in any institution is not a new one. Motion pictures made in different countries have been shown in the United States indicating that the problem of the homosexual relationship is not unique in our country, as naturally no one would suppose that it would be. Wherever persons of single sex are thrown together it is to be expected that there must be some outlet of a homosexual nature when there is no proper outlet or substitution for the heterosexual experience. We are all well acquainted, I think, with the phenomenon of sublimation and of minor substitution for sexual impulses and it has been noticed in the United States that out and out promiscuity in sexual relationship is found much less in co-educational institutions than in those institutions educating women which are near enough to a center of male population so that outlets can be obtained. The only way that we have of really determining a comparison is by the number of pregnancies and by certain statistical material which has been collected at but one or two places. Such information as we have, as I say, tends to bear out the fact that mixing the sexes even at an early age offers the opportunity of getting either a substitute sexual outlet or a normal one so that cases of homosexuality are relatively rare.

Now, in a girls' corrective institution, such as the type which I have briefly described above, which was set up originally to correct the girls and for teaching them trades or at least housework and which incarcerates them completely for a period of a year to eighteen months, or perhaps longer, one is bound to find

an unusual type of outlet. In these institutions the most unusual feature is the fact that near the large centers of population, both white and Negro girls are committed to the same institution.

The interesting thing which is found in this study was that there was a great deal of vicarious love making between races three Southern state Schools reported (you probably realize that in the Southern schools there is a great deal of racial antipathy) that there is a separate school for colored girls and a separate school for white girls, it was found that there was very little love-making among the colored girls themselves. They seldom became aggressive and whatever occurred was more or less on the feebleminded level.

Among the white girls, however, when segregated, there was a distinct tendency for them to pair off in "crushes". In the remainder of the schools where there were both colored and white, even though the colored might be segregated in separate cottages and might not come in contact with the white girls at all during their daily endeavors, there was a great deal of traffic between the two, and since it was almost impossible for the two to have any actual physical connection most of the traffic took place by means of notes.

These would be written on scraps of paper and secreted on various parts of the grounds, or in parts of the schoolhouse, where a colored group might be likely to use the same rooms after a white group. There is, of course, no way of knowing how many of these notes were passed. Suffice it to say that a certain number were intercepted and in the three months period of time there were seventy-three notes found of which only fifteen were written by colored girls. This indicates very definitely that the white girls were the aggressors.

The median mental age in the Geneva State School was only about three points higher during the time that I was there, for the whites than for the colored, being approximately 85 Intelligence Quotient for the whites and 82 for the colored. The reason for this, of course, is the fact that feebleminded girls were transferred to the feebleminded institutions throughout the state, so that while the general intelligence level of the non-institutionalized delinquent girls might have been lower than that, they were abruptly cut off at an arbitrary point to be sent to separate institutions.

We found, that most of the white girls who were sendig notes to the colored girls were very much brighter, than their paramours and for some reason they picked the most sleazy, stupid and eccentric looking girls.

This was almost one hundred percent consistent. When the girl was a very light complexioned Negro girl she was less apt to have any notes sent to her by the white girls than if she were quite dark. Upon interrogating the girls it was found that they did a great deal of fantasying about actually having either intercrural or oral connection. They had spent a good deal of time thinking about their paramours, but when we interrogated the colored girls we were unable to elicit any such fantasying on their part. They did not visualize themselves, first, in the masculine role and the white girl did visualize them in that role. Second, they were not particularly attracted to the white girl, although in a few occasions we were able to get the colored girl to admit that she was flattered by the attention that she got from a member of the race that she had been taught was superior. Third, throughout the group that we interrogated we found that the ability to express fantasy, or the amount of fantasying was very much less among the colored than among the white.

This "lover relationship", therefore, was probably more likely a heterosexual fantasy type of thing, possibly almost a direct substitution for a heterosexual

experience, than one usually experiences in a girls'school. The deep "crush" on the homosexual level did not seem to be present in this particular type of girl.

We then went farther and I carried out this study in two separate institutions. I interviewed a group of ten girls, six in one institution and four in another, became well acquainted with them, and I learned that all ten of them were in the institution because of confirmed heterosexual sex delinquency before commitment. Practically all of them had had gonorrhea. There was one girl who denied it but a smear was questionably positive on one occasion, shortly after her admission. All of the girls admitted that they were greatly attracted to men. They were not, as in some cases of girls committed to a corrective institution after sex delinquency, merely indulging in that type of delinquency as an escape from an unpleasant home situation, but were in most cases frank to admit that they actually enjoyed sexual intercourse and that they were more or less unable to do without it.

Four out of the six girls in the first institution had tried to run away. Their reason for this attempt to escape was "because I just wanted to have one experience with a man ; I couldn't stand it any longer without one". One of these girls was rather a masculine type herself, her hair was cut in a boyish fashion, she had a deep voice and was quite aggressive. She had a masculine position in a pseudo-family yet she was deeply attached to a large very boisterous heavy-set Negro, who was a masculine type if there ever was one. This girl boasted that on one occasion when she escaped from the institution she had intercourse forty-two times between noon one day and five o'clock the next when she was returned to the institution.

We interrogated the girls as to whether they would like to have relations with their Negro paramours. Only one said that she would. They all seemed terribly disgusted when actually confronted with the opportunity to have the relations that they desired. Whether it was due to the presence of the examiner or not one does not know.

They were then given an opportunity without any spying but on agreement that they would tell what they did to spend some time with their paramours. Only one girl admitted that she had tried to have homosexual relationship, and she was not very much pleased with the results but it accorded her a certain sense of satisfaction and challenging the authorities of the institution. Five of the girls immediately dropped their paramours after having a chance to talk to them for a period of some six months in the institution during which their cases were followed up. They lost their interest in the homosexual activities between the whites and the Negroes. One of the girls did take on a white girl to whom she sent a passionate note but beyond that there was a distinct dropping in interest.

These ten cases were then followed up after their release from the institution. While two of them were only twelve and thirteen years respectively, the remainder were sixteen and seventeen and were nubile. We learned that three of them had gotten married and we found out that practically all of them had heterosexual experiences with a good deal of enjoyment within a year after their discharge from the institution. One of them was returned with recurrent gonorrhea within a year and a half after her discharge.

I conclude, therefore, one, that in a corrective institution where there is confinement, an attempt is made on the part of girls to find a masculine individual who will substitute for the lacking male component in their lives. Two, in spite of certain theories that prostitution is a reflection either of penis envy

n of a masculine protest, it is possible through the members of the same sex to have a vicarious relationship and from it a certain amount of satisfaction. Here, it is distinctly noticeable when there is an opportunity for actual gratification of the fantasy sex life between the masculine individual (who in these institutions where we studied them were largely Negro girls), and an aggressive white girl, the whole affair blew up. It had existed better in fantasy than it did in actuality. From, we were able to determine the fact that this type of homosexual experience did not later effect the heterosexual adjustment of the girls in any way.

Psychiatrie Juridique

Rapports :

LA DÉBILITÉ MENTALE COMME CAUSE DE DÉLINQUANCE INFANTILE ET JUVÉNILE

LA DÉBILITÉ MENTALE
COMME CAUSE DE DÉLINQUANCE INFANTILE ET JUVÉNILE

PAR

M. le Docteur José BELBEY

Professeur titulaire de la Faculté de Médecine de la Plata
Professeur Adjoint de la Faculté de Buenos-Aires

La Bruyère disait que, si la pauvreté est mère du crime, le défaut d'intelligence en est le père...

« Celui-ci est le siècle de l'enfant », affirma Ellen Kay dans une phrase heureuse. En vérité, jamais les hommes ne se sont autant préoccupés de l'enfant et de ses problèmes que dans cette première partie du siècle. Peut-être viennent-ils de se rendre compte qu'il est nécessaire de remonter à la source d'où tout naît et jaillit. « La délinquance de l'adulte est la délinquance et l'abandon du mineur », a-t-on écrit, et il y a là beaucoup de vrai.

Mais n'oublions pas les deux grands facteurs du délit, les biologiques et les sociaux. En ce sens, la classification de Vervaek est exacte.

Dans ce travail que je présente comme une modeste contribution, dans mon caractère de Délégué Argentin à ce Ier Congrès International de Psychiatrie Infantile, je contemple dans le possible, ces deux ordres de facteurs, presque toujours unis, dans la tâche de rétrograder l'homme à des temps passés.

I

En acceptant une classification quelconque de délinquances infantiles (et nous préférons celle de Collin en y ajoutant le type biologique-social d'adultes, de Vervaek, bien applicable ici, et la sous-classification des facteurs individuels de Nerio Rojas), entre les facteurs biologiques individuels acceptés comme facteurs délictueux, nous avons celui de la débilité mentale. Nous faisons remarquer, dès maintenant, qu'il nous plaît par-dessus tout de contempler ce facteur comme prédisposant au délit, plus que comme impulseur actif, et, dans un grand nombre de cas, le manque de volonté, d'inhibition et la suggestibilité de ses sujets sont utilisés par d'autres pour les employer comme exécuteurs ou auxiliaires du délit.

Précisons, avant tout, les limites de la débilité mentale. Il y a une infinité de définitions de cette insuffisance mentale, faisant partie des oligophrénies de Kraepelin. Ce serait la frérrasténie mineure des Italiens.

Ainsi, dans ses « Études de Psychiatrie sociologique », Damage croit que, lorsqu'il n'est pas accompagné de débilité morale, généralement il n'est pas mauvais, mais on le persuade facilement, et il sert d'instrument pour les mauvaises actions.

Ruiz Maya s'exprime dans le même sens (Psiquiatria Penal y Civil) lorsqu'il dit que : « ses réactions nocives peuvent être le produit de l'influence de l'ambiance. Dans sa conduite ils sont fils du milieu ». Et parce qu'ils sont en général anti-sociaux quand ils vivent, ou qu'ils fréquentent des milieux nuisibles, ainsi les délits ou ses équivalents sont plus grands là-bas « où la misère, le manque d'éducation, l'inculture, l'abandon, le libertinage ont leur siège d'une manière habituelle et permanente ».

Au point de vue du délit, ceci serait le type parfait biologico-social.

Roxo (Psychiatrie) dit que la débilité morale coexiste fréquemment chez le débile mental : « Il ne peut pas y avoir pour la disgénésie psychique, d'acquisitions de certains principes plus élevés, et comme conséquence de ceci le sujet enfreint les lois sociales, réincidant dans la pratique d'actes délictueux dont ils ne comprennent pas suffisamment la portée et la signification ».

II. — DÉFINITIONS

Pour Régis la débilité mentale (dégénération simple) occupe dans l'échelle des anomalies constitutionnelles, une position intermédiaire (d'où le nom donné aussi de dégénérés moyens), entre les monstruosités et les inharmonies.

Morselli l'appelle semi-imbécillité, qui arrive, dans sa plus faible nuance, à la simple fatuité, au retardement.

Mira les considère comme appartenant au degré le plus léger d'oligophrénie et correspondant aux niveaux intellectuels définitifs qui oscillent entre les 7 et 10 ans (C.I. compris entre 0,70 et 0,90).

La débilité mentale, pense Roxo, représente une zone limitrophe entre l'imbécillité et la santé psychique.

Pour Laignel Lavastine la différence entre l'être normal et le débile mental est que, dans celui-ci, l'évolution intellectuelle se réalise lentement, son éducation et son instruction n'arrivant jamais à un développement complet.

Pour Tardieu, « la somme d'intelligence qui leur a été départie est très inférieure à la moyenne du commun des hommes ; ils n'en sont cependant pas dépourvus tout à fait ». Il avance déjà raisonnablement, ce qui plus tard sera l'indice de la valeur intellectuelle dans la psychologie de l'action. Est moins « dans les opérations intellectuelles que dans la conduite qu'éclate le plus souvent la faiblesse d'esprit, c'est sur les actions des individus de cette catégorie que peut être dirigée, dans certains cas, l'expertise médico-légale ».

Dupré (dans l'édition de ses articles) exprime que l'on a décidé de grouper dans la psychiatrie, sous le nom très compréhensif de débilité mentale, « un ensemble d'états morbides caractérisés par l'insuffisance originelle plus ou moins profonde ou étendue, de l'activité psychique ».

Je ne continuerai pas à énumérer des définitions que j'ai faites avec le but de démontrer que tous sont d'accord pour accepter : 1° que c'est un état d'insuffisance congénitale, ou peu après la naissance ; 2° que c'est le degré le plus léger ; 3° qu'il se trouve entre l'imbécillité et l'homme normal ; 4° Il est capable de recevoir une éducation plus ou moins complète sans arriver à la normale.

Malgré les efforts de l'école Italienne qui depuis Andrea Verga, nomme ces

états « frénosténie », il a continué de jouir de la fortune la désignation de débilité mentale.

Quelle est l'origine de cet état d'arrêt du développement, accompagné de caractéristiques si particulières, qui, comme nous le verrons, l'éloigne d'un simple adulte avec la mentalité d'un enfant ? Pour Sante de Sanctis il exista un stimulant perturbateur contenu dans le germe ou survenu de l'extérieur pendant la période évolutive intra-utérine (embrionnaire ou fœtale) ou extra-utérine (infantile) qui a empêché le développement normal de l'organisme et du cerveau (Cortex surtout).

La cause, ou plutôt les causes sont toutes celles qui agissent déjà sur l'individu à peine formé, ou sur le germe : tuberculose, méningite, syphilis, alcoolisme, états dégénérés paternels, etc., etc.

III. — CARACTÉRISTIQUES DES DÉBILES MENTAUX

« L'anormal, disait Régis, est un mal constitué qui peut être bien portant ; le malade, un mal portant qui peut être bien constitué ». En général, les débiles mentaux présentent peu de dérangements d'ordre physique à la différence des autres deux degrés d'insuffisance. Généralement les fonctions motrices restent indemnes. Cependant, malgré cela, et comme l'a démontré le regretté Dupré, il existe chez de nombreux débiles mentaux, des dérangements moteurs de même origine — agénétique — que les mentaux désignés par lui, sous le nom fortuné de « débilité motrice ». Vemeylen, entre autres, a aussi étudié, dans une bonne monographie ce syndrome. Rappelons-nous que celui-ci se caractériserait, selon Dupré : 1° par l'exagération des réflexes tendineux ; 2° la perturbation du réflexe plantaire ; 3° la Syncinésie ; 4° la maladresse des mouvements volontaires ; 5° par une variété d'hypertonie musculaire diffuse, en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire (Paratonie).

Mais c'est surtout le tableau psychique et son résultat, la conduite en face de la vie, ce qui caractérise ces états.

Niveau intellectuel. Calculé par Collin et d'autres, comme celui correspondant à des enfants de 7 à 10 ans (Coefficient intellectuel entre 0,70 et 0,90). C'est-à-dire qu'ils ne peuvent se développer que jusqu'à cet âge, et non qu'ils les équivalent, car leurs dérangements ne correspondent pas.

Il est capable d'apprendre beaucoup de choses, entre autres à lire, à écrire, à réaliser des calculs peu compliqués, des notions générales de géographie, histoire, quelques opérations manuelles de technique un peu compliquée, comme celle d'instruments de musique ; il peut associer avec correction des idées, concrètes de préférence. Il y en a qui possèdent de réelles dispositions artistiques, mais avec peu de pouvoir créateur, quoiqu'il y en ait quelques-uns d'une imagination remarquable qui surprend et fait que beaucoup se trompent à leur sujet. Mais il manque de la profondeur, de la grandeur, de la continuité dans leurs conceptions. En plus la critique est récente, l'auto-critique surtout, et comme en général ils sont vaniteux, ils croient à leur supériorité, ce qui rend difficultueux le perfectionnement. Au reste, le jugement est faible ; et le sens moral, mélange de ce qui est acquis passivement et acquis activement, présente des lacunes profondes. Ce sont « des mélanges de bien et de mal » (Régis). C'est surtout dans la conduite où ils échouent ; leur façon de se conduire dans la vie les dénonce. Le milieu a sur eux une influence accentuée. Ils oscillent selon

l'atmosphère spirituelle et morale qu'ils respirent ; suggestifs à un degré élevé, ce sont des girouettes qui oscillent selon le vent. Ils ne pensent pas beaucoup la qualité de ce qu'ils reçoivent, ils l'assimilent, ils le croient, le font propre, et ils agissent. Pour cela le milieu les fait bons ou mauvais malgré eux, pour ne pas être capables d'opposer une personnalité robuste aux suggestions. Ses réactions anti sociales reflètent ces caractéristiques ; de plus, son infantilisme conditionne la vanité, la tendance au mensonge, l'instinct insatiable de possession, etc. Il y en a qui réactionnent violemment, ils sont impulsifs, violents, cruels : « Les impulsions au viol, à l'incendie, au meurtre, sont fréquentes », dit Laignel Lavastine. Mais laissons pour le moment les formes délictueuses, en disant avec Marce que l'intelligence des débiles mentaux « est un instrument auquel il manque quelques cordes » et j'ajouterai : celles qui restent sont mal accordées...

IV. — DÉLINQUANCE

a) *Formes de délits.*

Ce qui importe, d'après Heuyer, et il a entièrement raison, ce n'est pas la façon dont est constitué un individu, car on vit parfois mieux avec peu de causal intellectuel et de minces inquiétudes, c'est « le critérium social, c'est la notion d'*adaptabilité* qui comprendrait deux éléments : 1º la non-nocivité, et 2º la possibilité de subvenir à ses besoins ».

Nous avons déjà dit, qu'en général, le milieu les façonne, et ses formes délictueuses répondent à ses modèles. Mais, s'il y a des caractéristiques de cruauté, impulsivité, tendance à la colère, ce sont des actes brusques, ayant une faible relation avec le mobile. Les formes s'aggravent, surtout celles des attentats contre les personnes, s'il y a des imprégnations alcooliques, et celle-ci est souvent précoce. En dehors de ces aspects, surtout, ses actes anti sociaux vont contre la propriété. La notion de la propriété privée est assez artificielle, produit de l'éducation plus que de toute autre chose. Pour cela, la notion du mien et du tien n'existe presque pas chez l'enfant et requiert un contrôle sévère. Ils volent des choses de peu d'importance, des cambriolages qui ont pour objet, presque toujours, une appétition immédiate.

Ils réalisent des transgressions telles que la fugue, motivée par quelque attraction en dehors du foyer. L'instinct sexuel, non encore équilibré, même dans l'époque auto-érotique, les fait masturbateurs, homo-sexuels, réalisant des abus malhonnêtes, des exhibitions, etc.

Mais il est bon de répéter que, surtout lorsqu'il s'agit de délits plus importants, ils sont entraînés par des délinquants plus grands et intelligents. Ils sont incapables, par instabilité ou par incapacité, d'imaginer des actes complexes. Pour cela, ils sont les comparses dociles dans les gans ou bandes. Ils sont les éléments utiles, mais de ressources limitées.

b) *Fréquence.*

D'après Ruiz Maya, la grande majorité des délinquants infantiles appartient à ce type. Cependant, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur cette affirmation ; seulement sur la valeur quantitative, sur l'évaluation, le symptôme unique, peut être plus grande que la réelle. Collin et Rollet, dans leur étude sur 1.000 délinquants, trouvent 70 % avec des tares héréditaires, débiles mentaux, dont les parents étaient ou des névropathes, toxi-infectés, ou des névropatiques toxi-infectés.

Pour Cyril Burt, 60 à 65 % de ces cas seraient des débiles mentaux. Rappelons-nous que cet auteur préfère tenir compte de l'influence des facteurs ambiants.

Anne T. Bingham trouve que, sur 500 garçons délinquants, 24,2 % sont des débiles mentaux ; en ajoutant une sous-classification de 13 % de sous-normaux (s'ils ne vont pas jusqu'à l'imbécillité, ils sont des débiles mentaux), nous avons un total de 37 %, mince pourcentage, en vérité.

Healy, seul ou en collaboration avec la Doctoresse Bronner, conformément à la tendance moderne, concède moins d'importance au facteur individuel, pris isolément, qu'à celui du milieu.

Sur 4.000 mineurs récidivistes, Healy a trouvé 13,5 % de débiles mentaux. Dans d'autres statistiques, mais pas sur des récidivistes, il trouve 56 % comme facteur principal et 16 % accessoire, ce qui fait que, dans 71 % des cas, il existe de la débilité mentale.

Heuyer, dans une statistique de 1931 à 1934, portant sur 972 enfants cités au Tribunal, trouve 285 (36 %) de débiles mentaux.

Ce qu'on nomme immoralité parmi les enfants, essentiellement au point de vue sexuel, étant une forme de ce qu'on nomme délit, nous trouvons que la plus grande partie des auteurs attribuent cette inconduite de l'instinct reproducteur à la débilité mentale.

Brigdman, dans sa statistique de 1913 sur des fillettes détenues en Illinois, en déduit que 97 % sont des débiles mentales.

D'autres auteurs sont d'accord sur ce chiffre, en donnant aussi la suprématie aux femmes, dont les délits sont surtout d'ordre sexuel équivalents dans l'enfance, notamment aux États-Unis, avec un critérium lombrosienne au vrai délit.

Lowe donne 66 %.

Pour Ordahl, 45 % des cas présentés à la cour juvénile de San José sont des débiles mentaux.

Arenaza, auteur argentin, trouve 49 % de mineurs anormaux dans ses statistiques de la « Alcaidia » de mineurs de Buenos-Aires.

Bermann a trouvé chez nous, parmi les enfants internés dans l'Asile du Bon Pasteur de Cordoba, le 26,22 % pour les garçons et 20 % pour les filles, de débiles mentaux. Il est à remarquer que ces enfants n'ont pas tous commis de délits et quelques-uns n'ont même pas réalisé de transgression.

V. — VÉRITABLE VALEUR DE LA DÉBILITÉ MENTALE COMME FACTEUR DÉLICTUEUX.

Il peut être ou facteur décisif ou terrain apte pour que d'autres facteurs agissent. Ce dernier cas est le plus commun. La tendance actuelle est de donner une plus grande importance au facteur ambiant qui, logiquement, agit davantage sur les esprits prédisposés. A une moindre personnalité, une plus grande influence des facteurs externes. Ajoutons que, dans les débiles mentaux, la vie instinctive est supérieure à l'intellectuelle. Ainsi donc, l'instinct de possession, déjà si fortement présent en tout enfant, impressionne davantage et vainc une volonté faible, un jugement pauvre, une morale sociale mal connue et peu assimilée. Le désir impérieux de posséder quelque chose suffit, ou même le poids d'une volonté plus forte, pour que les faibles barrières tombent et que le fait anti social ou la transgression se réalise. Parmi les facteurs qui accentuent leur action sur les débiles mentaux et, en général, sur presque

toute la délinquance infanto-juvénile, nous devons signaler surtout la misère et la pauvreté, le mauvais foyer.

« Le mineur délinquant, a écrit ARENAZA, se prépare dans le foyer irrégulier, dans le foyer taré par la maladie, la misère et le vice » et il ajoute ensuite, avec la grande autorité de sa longue expérience, ces paroles sévères :

« C'est après la compulsation de 3.000 rapports et d'autant de procès, que je peux vous affirmer que le mineur délinquant se prépare dans la famille irrégulière, mal alimentée et mal logée, malade ou misérable, vicieuse ou immorale ; elle se maintient à l'abri d'une instruction insuffisante, mal conçue et encore plus mal orientée ; le mineur se perfectionne dans le vagabondage et dans le travail non réglementé sur la voie publique. 60 % de nos mineurs délinquants proviennent de foyers incomplets, c'est-à-dire qu'ils sont orphelins de père ou de mère, quand ce n'est pas des deux à la fois. »

Il se dégage de tout cela que le grand facteur délictueux est la pauvreté, les mauvaises conditions économiques qui empêchent de solutionner efficacement tous les problèmes depuis celui de la débilité mentale jusqu'au manque de parents. Car, nous devons le dire une fois pour toutes, le problème de la délinquance infantile juvénile est, au fond, un problème économique.

L'État substitue à demi ce manque ; il fait très peu pour prévenir les délits. HEUYER dit, avec raison, que : « surveillés, ils ne sont pas nocifs. Éduqués en fonction de leur degré d'intelligence, ils peuvent, sous un contrôle ultérieur permanent, s'adapter presque complètement au milieu social de l'adulte. Ils sont du ressort de la pédagogie ».

Très bien, d'accord ! On réalise le dépistage depuis l'école, on classifie le mineur sur une fiche, on prend le critérium d'adaptation sociale. Mais nous avons besoin de l'acte d'inconduite, indice de la nocivité sociale, pour procéder ; la débilité mentale ne suffit pas. Nous avons alors la nocivité convertie en fait délictueux, en réalité anti-social actif.

« Le rôle de la prophylaxie, a dit récemment Mademoiselle BADOMNEL, doit être plus encore de prévenir le premier délit que d'éviter la récidive. »

Voyons comment la situation économique favorable sert admirablement bien cette prophylaxie, nous démontrant que, presque seulement, les pauvres sont délinquants. Ici, parmi les plus normaux et parmi les adultes, il y aura un sujet pour des études plus profondes, sujet plein de promesses.

Il est clair, et je suis d'accord avec ceux qui le pensent, que non seulement la pauvreté est un facteur délictueux, mais le sont aussi toutes les situations sociales et biologiques qu'elle crée et conditionne et, surtout, ***l'empêchement de ce qu'on pourrait faire dans le sein du foyer.***

« L'immense majorité des mineurs délinquants provient des classes pauvres », affirme NERIO ROJAS, et c'est la vérité, la vérité crue que nous ne devons pas cacher.

Voyons :

Statistiques de 7 à 8 ans, prises dans la « ALCAIDIA » de mineurs de Buenos-Aires (T. RECA) :

MILIEU FAMILIER

Très bon	0,03 %
Déficient	56,6 %
Mauvais	26,3 %

SITUATION ÉCONOMIQUE

Très bonne	0 %
Bonne	10,8 %
Déficiente ou pauvre	70,1 %
Mauvaise ou misérable	19,1 %

(Nous voyons comment le facteur économique est terriblement supérieur à n'importe quel autre : 89,2 %).

PROFESSIONS

Vendeurs de journaux	23,8 %
Vagabonds	13,8 %
Sans profession	34,6 %
Vendeurs ambulants	3,5 %
Collégiens	1,6 %
Apprentis journaliers	22,5 %

Cette dernière statistique est supérieure à toutes les autres dans son pourcentage ; presque 100 % de mineurs qui doivent travailler, d'autres qui travaillent, d'autres dont on ne s'occupe pas. Toujours, le facteur économique. Beaucoup d'autres auteurs mettent en évidence le facteur de la pauvreté ou bien, comme le croit BURT (cité par CUELLO CALON) agissant comme un incitant ou comme un élément criminogène primaire. Cet auteur tâche d'enlever de l'importance au facteur économique malgré que sa propre statistique montre le contraire. En effet, l'échelle proposée par Charles BOOTH montre un pourcentage de 98 %, en y comprenant les catégories A jusqu'à F. Les G et H ne donnent pas de délinquants ou presque ; celles-ci sont les classes aisées. Les 42 % qu'il destine à ceux appartenant aux classes E et F appelées aisées, appartiennent, en réalité, à des classes de peu de ressources (artisans, petits boutiquiers, sous-employés, contremaîtres, etc.) ce qui veut dire que, s'ils peuvent obtenir du bien-être, celui-ci est toujours assujetti à des contingences et, de plus, il ne permet pas d'avoir des ressources suffisantes pour éviter la délinquance de ses mineurs. Ceux-ci vont à la rue, ils ne peuvent obtenir la plus grande partie de ce qu'ils désirent, fréquentent de mauvaises compagnies en des quartiers populaires, etc.

Le facteur économique est donc, à mon avis, point du tout méprisable mais fondamental. Il est vrai qu'il pourrait se solutionner, pourvu qu'on fasse le dépistage des débiles mentaux à l'école et pourvu que les parents veuillent bien se défaire de l'enfant pour le placer dans des écoles adaptées à l'enseignement d'anormaux, loin des dangers de la vie libre, si pleine de suggestions.

C'est, d'ailleurs, l'opinion de tous les auteurs et particulièrement de CLAUDE et de TOULOUSE qui poursuivent la nécessité d'un dépistage précoce des états d'insuffisance, en face des délits et des futurs états délicats de l'aliénation mentale.

VI. — CONCLUSIONS

Nous concluons, en affirmant que :

1º La débilité mentale peut être la cause originaire de délits.

2° La débilité mentale fait que d'autres facteurs délictueux ambiants trouvent un terrain facile pour le délit.

3° Les mauvaises conditions économiques sont, de préférence, celles qui favorisent la délinquance des débiles mentaux.

4° La débilité mentale doit être dépistée avant le fait anti social, afin d'assurer la prophylaxie du début.

5° Nous poursuivons la création d'instituts spécialement destinés au traitement et à l'éducation des débiles mentaux.

6° Dans une législation de l'état dangereux prédélictueux, doivent être incorporés les débiles mentaux *non adaptés*, comme en état dangereux.

7° On doit intensifier la campagne prophylactique de la syphilis et de l'alcoolisme et améliorer les conditions économiques des pères de famille nombreuse.

Ainsi seulement, en fuyant le point de vue unilatéral de ces problèmes, nous pourrons améliorer le climat du délit, très souvent le fils de la nécessité, des toxiques et des infections. Mais, toujours, plus ou moins, le délit est le produit de notre insouciance.

Je suis sûr que, de ce Congrès, où l'on se sent si faible à côté des grands savants dans la science du mineur, surgiront des aspirations, des règles de conduite, des directives qui nous stimuleront tous ; et nous travaillerons, chacun dans notre pays, pour le vrai progrès de l'homme au point de vue physique, moral et économique.

LA DÉBILITÉ MENTALE COMME CAUSE DE LA DÉLINQUANCE INFANTILE ET JUVÉNILE

PAR

le Docteur GREGORIO BERMANN

LA DÉBILITÉ MENTALE. CONCEPT ET LIMITES

Il est nécessaire d'en finir avec l'emploi vulgaire du terme DÉBILITÉ MENTALE, que l'on applique indûment à différentes catégories de malades et même de personnes en bonne santé, employé aussi par des médecins et même par des spécialistes qui ignorent l'existence de méthodes qui permettent de déterminer presque mathématiquement le diagnostic. Et j'espère qu'un des avantages que produira ce Congrès consistera à préciser et imposer la qualification à celui qui effectivement lui revient.

Une des erreurs les plus fréquentes est celle d'appeler indistinctement *débile mental* des mineurs qui souffrent d'une altération ou d'un retard de leurs facultés mentales, quelles qu'elles soient. Il convient donc, avant tout, de distinguer les altérations mentales dans leurs catégories principales. Les voici :

1) Les maladies mentales des mineurs proprement dites.

2) Les névroses et perversions sexuelles, des perturbations à prédominance qualitative.

3) Les *oligophrénies*, des perturbations mentales à prédominance quantitative.

4) Les faux anormaux.

5) Les anormaux sensoriels.

La débilité mentale rentre dans le troisième groupe, elle se distingue de ceux appelés *phrénasthéniques d'asiles* (idiots et imbéciles), et c'est la partie la plus étendue et la plus complexe. Cependant il nous sera plus facile de nous entendre, qu'il y a quelques lustres, sur ce que l'on comprend par débilité mentale. Les trois principaux degrés de débilité mentale admis sont : les idiots, dont le niveau mental ne dépasse pas celui d'un enfant de deux ans ; les imbéciles, dont l'âge mental varie entre 2 ans et 7 ans ; et les débiles mentaux, de 7 à 10 ans. Binet-Simon fixe la limite supérieure dans les 9 ans de l'échelle qui porte son nom, mais en général, on admet les 10 ans comme limite supérieure de l'âge mental normal. VERMEYLEN, par contre, est d'un avis différent en ce qui concerne la limite inférieure, qu'il fixe dans les 6 ans, et il explique

pourquoi il le fait. D'après Vermeylen, l'importance des transformations men-
tales est grande qui se produisent aux alentours des 8 ans chez les enfants ;
les activités intellectuelles supérieures qui se développent fortement jusqu'à
cet âge, n'ont pu affirmer encore leur prédominance sur les autres d'une manière
claire et pour cela une ou deux années de plus sont nécessaires.

Depuis cet âge, de la phase de réceptivité ils arrivent à pouvoir manier les
conceptions abstraites dans un but d'adaptation pratique, alors que les débiles
les plus intelligents ne peuvent pas y arriver, ou bien ils arrivent d'une manière
imparfaite à cette étape de l'évolution mentale. Quant à la limite inférieure,
des 6 ans, c'est lorsque les premières manifestations de cette transformation
commencent. Si jusqu'à ce moment-là, c'est le concret qui a dominé, doréna-
vant il va acquérir une série de notions abstraites, et accumuler les éléments
qui lui serviront pour alimenter ses fonctions d'élaboration.

En réalité, les catégories d'oligophréniques, en y comprenant celle des débiles
mentaux, n'ont pas été choisies au hasard, elles correspondent à la division
courante de l'âge d'évolution : la première enfance jusqu'à deux ans ; la
deuxième enfance jusqu'à 6 ans ; et l'enfance de 7 ans jusqu'à 10 ou 11
ans. Classification empirique, que l'exploration psychologique ou psycho-patho-
logique a confirmée une fois de plus. La débilité mentale se caractérise par con-
séquent par l'incapacité d'utiliser les notions abstraites, et par l'inhabileté à
s'adapter aux conditions variables et complexes de la vie sociale. C'est un
arrêt global du développement mental, aussi bien de la vie intellectuelle que
de l'affective et de la volitive, quoiqu'il arrive souvent que ce retard global
ne se fasse pas d'une manière uniforme, ce qui donne lieu aux différents types
de débiles mentaux, types harmoniques, ou inharmoniques. Ces derniers sont
des véritables déséquilibrés parmi les débiles mentaux, comme on le voit sou-
vent chez les anormaux de la conduite, chez les fous moraux, ou chez certains
types d'intelligences partielles.

Tant que les enfants anormaux y sont vivants en processus de progression
et d'organisation, ils acquièrent de l'autonomie, de la capacité réflexive d'adap-
tation, ils pensent et ils décident, les débiles mentaux sont incapables de syn-
thèses supérieures ; ils sont inaptes pour coordonner le travail mental, de s'adap-
ter à de nouvelles conditions, marchent à tâtons dans la vie, et ils ont besoin
continuellement du contrôle d'autrui.

Plus qu'aucun autre moyen, l'application des tests pour fixer l'âge mental,
a contribué à éclaircir son diagnostic. Certainement, les tests ne peuvent pas
embrasser la complexité psychologique de nos patients ; ceux qui tenteraient
avec cette méthode une psychologie exhaustive, même avec les méthodes les
plus exquises, n'y parviendront pas. Au plus, c'est une coupe transversale
dans un moment déterminé de la vie d'un certain faisceau de qualités psycho-
logiques accessibles à l'étude et à la mesure. On peut dire de même en ce qui
concerne les tests créés pour rechercher le niveau et la qualité des sentiments,
de l'imagination, de la conduite, tandis que, autrefois, ils le faisaient surtout
avec la sphère intellectuelle et en particulier avec les connaissances acquises.

Malgré tout, l'emploi des tests, comme je signalais au commencement, n'est
pas encore entré dans la pratique de tant de spécialistes. Voyez, par exemple,
comment dans le chapitre correspondant du Traité de Sergent, Ribadeau-
Dumas et Babonneix, son auteur Barbé, il n'en fait pas même mention, en
répétant ce qui a été dit par Chaslin et Rousseau que le diagnostic différentiel
de l'idiotie, de l'imbécillité et de la débilité mentale, « est une question d'appré-
ciation » (?) (Psychiatrie, Volume II, page 127 de la Traduction espagnole).

Pendant longtemps, je me suis servi de Binet-Simon et du Yekes-Bridge,

ainsi que du Terman, et malgré les critiques faciles et abondantes, j'en ai pro-
fité avantageusement.

Plus tard, deux nouvelles méthodes d'une grande valeur se sont incorporées
à l'analytique de Rossolimo, employée avec succès par Vermeylen et que Heuyer
et Abramson ont adaptée aux nécessités pratiques d'un examen rapide, et le
psycho-diagnostic de Rorschach. Il est nécessaire d'ajouter aux procédés des
examens mentaux collectifs, une espèce de test de masses qui permet le triage
de ceux qui en sont affectés, dans les classes mêmes, ou dans des groupes col-
lectifs d'une autre sorte. En dehors de l'ambiant pédagogique et de son profit
psycho-technique, son emploi sur une grande échelle a été effectué par la Divi-
sion de Psychologie du Département Médical de l'Armée Américaine pendant
la Grande Guerre. Celui-ci est arrivé au résultat surprenant que, environ 8 %
des soldats avaient un âge mental au-dessous de 10 ans. Si ce n'était pas l'auto-
rité dont jouissaient les psychologues qui composaient cette Commission (parmi
lesquels il faut mentionner Yerkes, Goddard, Terman, Whipple, Bingham), il
n'en manquerait pas qui pourraient douter de ce pourcentage. Mais cela même,
fait souligner la grande importance du problème, car, ce sont ces débiles men-
taux non apparents qui fournissent le plus grand nombre de mineurs et d'adultes
asociaux ou antisociaux, et l'on sait que, plus la capacité mentale de l'oligo-
phrénique est grande, plus les malades qui en sont atteints seront dangereux,
en raison de leur possibilité de préméditation de délits, tandis que les phrénas-
théniques imbéciles commettent en général des infractions comme le vaga-
bondage, la mendicité, les petits vols, et rarement des crimes brutaux à peine
ou non prémédités. Dans le même sens abondent les recherches du « Board of
Education » dirigées avec un personnel compétent par le Professeur Lewis en
Angleterre qui arriva à la conclusion que, en 1927, il y avait dans le pays près
d'un quart de million de débiles mentaux.

La limite inférieure de la débilité mentale se confond en transitions insen-
sibles avec la limite supérieure de l'imbécillité. Ceci ne constitue pas un pro-
blème. Mais, par contre, celui de la limite supérieure en est un.

A mon avis, les 10 ans de niveau mental ne constituent pas la limite entre
l'oligophrénie et l'homme normal. Terman et beaucoup d'autres l'ont bien com-
pris ainsi quand ils établissent une nouvelle catégorie de « maladresse mentale ».
Vermeylen parle d'« un premier niveau » normal qui correspond aux 10 et 12
ans d'âge mental, et puis ensuite il ajoute encore « un niveau moyen » de 12
à 15 ans ; par-dessus cet âge mental, il s'agit déjà d'un niveau supérieur. N'est-il
pas choquant de parler de niveau mental supérieur chez l'adulte, quand il
dépasse les 15 ans ?

Le fait est que les temps actuels exigent une tension majeure, une mobili-
sation plus grande de la capacité humaine. La nouvelle humanité est en train
de se forger à travers de grandes difficultés et des secousses formidables, et la
routine facile qui était suivie par l'immense majorité, ne suffit plus pour cou-
vrir les exigences péremptoires présentes. La qualification mentale ne peut
pas être simplement un fait de vérification psychologique ou clinique, mais
elle doit tenir compte des valeurs sociales des individus, elle doit avoir un con-
tenu social.

Plus que jamais, il faut aujourd'hui établir un degré intermédiaire entre le
débile mental, franchement pathologique, et l'enfant ou l'homme ordinaire,
normal. Un degré intermédiaire qui tiendra compte naturellement des valeurs
de l'intelligence, mais aussi des valeurs de la conduite et de sa contribution
sociale. L'arriéré intellectuel, le pauvre d'esprit, certaines catégories de l'homme
médiocre, des types excessivement suggestionnables, enfin des types de déli-

mitation encore obscure, il conviendrait de les grouper dans une nouvelle catégorie qui pourrait être appelée « Intelligence sous-normale ».

A mon sens, une autre question devrait être traitée dans l'étude de la limite supérieure de la débilité mentale, à savoir : si les débiles « harmoniques » ont leur point de référence chez les normaux, les déséquilibrés (anormaux de la conduite et du caractère) ont le leur chez les dysgénésiques, chez les jeunes adultes anormaux affectés de folie morale ou de perversions instinctives dont je parlerai plus loin. Il existe une véritable continuité entre les dits débiles mentaux et ces dysgénésiques, dont la considération expliquerait beaucoup de choses difficiles ou obscures, classifiées dans le même groupe avec des caractéristiques communes, car on constate souvent, même chez les dysgénésiques, si on les étudie bien, une déficience intellectuelle.

CLINIQUE

Les recherches cliniques ont démontré que beaucoup de malades considérés comme débiles mentaux, et d'intelligence sous-normale, sont de faux débiles. Cliniquement, ils présentent le cadre de la débilité mentale, mais ils peuvent être guéris une fois que, connaissant la cause, celle-ci est accessible à l'action thérapeutique ; quelquefois ils guérissent ou s'améliorent au cours de leur développement, par l'action spontanée des forces naturelles de la croissance.

Il existe la tendance à considérer la débilité mentale comme un type fixe, permanent et essentiel, susceptible seulement d'amélioration par une croissance lente et par le traitement médico-pédagogique, comme chez les arriérés.

Il faudra insister aussi sur la notion féconde des faux anormaux. Chez ceux-ci, le traitement médical et psychologique, suivant les cas, peut faire beaucoup ? Quelquefois la débilité mentale, est due à des causes spécifiquement médicales, comme la dénutrition. Déjà Tiemich disait que les enfants mal alimentés paraissent souvent des imbéciles sans qu'ils le soient et Shiareck a démontré que les enfants anémiques se fatiguent beaucoup plus tôt que les normaux, ainsi que dans l'ordre de l'activité mentale. On connaît l'influence favorable que l'on obtient dans beaucoup de cas par l'extirpation des amygdales et les végétations adénoïdes. En ce qui concerne les enfants tuberculeux et pré-tuberculeux, un régime de vie approprié, avec une bonne climatothérapie peut faire beaucoup de bien. Le Docteur Lynch de Buenos-Ayres cite des cas de faux anormaux, améliorés et guéris dont on a soigné avec attention les altérations gastro-intestinales, dans des écoles à l'air libre.

Je veux vous entretenir un peu maintenant de l'influence des glandes de sécrétion interne, spécialement de la thyroïde. Je ne vous entretiendrai pas des affections provoquées par l'endémie goitre-cretine qui a affecté les vastes zones de la région nord-ouest de mon pays (province de Salta, Tucuman, Jujuy, La Rioja et Catamarca et qui a donné dans certains endroits jusqu'à un 100 % de malades, parmi lesquels, un pourcentage élevé de oligophrènes. Je veux parler du goitre endémique bénin, qui avait déjà attiré l'attention des médecins scolaires des États-Unis, de Suisse et de l'Autriche, et au sujet duquel j'ai présenté une communication préalable à la Cinquième Réunion de la Société Argentine de Pathologie Régionale du Nord. (Jugny, Octobre 1929). Dans mes observations dans les Asiles de Mineurs de Cordoba (en Argentine) je fus surpris par la proportion élevée des affectés. Des 70 enfants de 13 à 21 ans que j'avais examinés, dans l'Asile « Buen Pastor », chez 34 d'entre eux, la glande

était bien manifeste au simple toucher, et souvent à simple vue. Chez 18 (27,2 %) la thyroïde pouvait se palper, quoique plus faiblement : c'est ce que les médecins américains appellent le struma léger ; chez 14 (21,2 %) on ne la sentait pas au toucher. De tous ces cas, seulement chez deux elle était *basedowifiée*. La proportion des femmes avec hyperplasie thyroïdée était beaucoup plus grande chez les femmes colorées (métis), mais en aucune façon on ne pouvait pas en exclure les blanches. Chez quelques-unes de ces enfants on remarquait des altérations menstruelles évidentes.

Les garçons de l'École « Président Roca » offraient une proportion moindre de hyperplasies thyroïdées. Sur les 36 qui avaient été examinés, il y avait une franche hyperplésie chez 16 (44,4 %) ; légère chez 8 (22,2 %) et nulle chez 12 (33,3 %). L'âge des mineurs était de 10 à 17 ans, et ceux-ci n'étaient pas des délinquants mais, abandonnés, ou faisaient partie des classes pauvres.

D'après la théorie de Chatin, qui est en vogue à nouveau, cette endémie bénigne, est-elle due au manque, ou à la diminution accentuée des composés iodiques dans l'eau, dans l'air et dans les aliments ? Ou bien, est-elle un phénomène pathologique universel qui est observé plus intensivement dans les régions bociogènes, dans lesquelles, la thyroïde souffre le contre-coup des conditions étiologiques qui surpassent le ton fonctionnel normal de la glande ? Sans exclure, comme fait Mac Carrison, l'insuffisance de l'iode, celle-ci agit seulement comme simple favorisateur d'autres facteurs parmi lesquels, l'alimentation insuffisante, la misère générale, et le manque d'hygiène. Cette hypothèse est confirmée par les études de Lamel et Wagner Jauregg de Vienne, lesquels constatèrent que 1 ½ % du bocio bénin des écoliers de cette ville en 1907, ce pourcentage monta à 35 % chez les garçons, et à 57 % chez les filles, dans les années 1923-1924, pendant une époque où la ville de Vienne souffrait véritablement des conséquences d'une énorme dépression économique dues aux difficultés de l'après-guerre, et à la famine qui s'en suivait. On recommanda alors, la « Vollsalz » (sel complet) utilisée dans quelques provinces suisses, et qui contient de 5 à 10 milligrammes de iodure de potassium par kilo de sel ordinaire.

Par les statistiques que je mentionne ci-dessous, on se rendra compte de la grande proportion d'arriérés parmi les affectés, étant bien connue la grande influence de la thyroïde sur l'état mental et sur le ton des principales fonctions. Celui-ci serait alors un des cas d'étiologie de la fausse anormalité, dont on devrait davantage tenir compte encore.

Mais, le facteur le plus important en raison de sa diffusion universelle, est sans doute la heredolues. Pour mentionner la statistique de plus grande responsabilité dans notre pays, je rappellerai le travail publié au mois d'août de l'année dernière par Gareiso y Escardé dans les « Archives de Médecine des Enfants ». Sur les 25.000 malades observés pendant 30 ans par le Docteur Gareiso dans son service de Névrologie de « l'Hôpital d'Enfants » à Buenos Ayres, a sélectionné 1347 cas dont les renseignements étaient absolument corrects. (Considérations étiologiques sur certaines affections neuro-psychiques de l'enfance). Parmi ceux-ci le nombre de *oligophrenes*, sans préciser les catégories, était de 439 cas, desquels 161 (45 %) étaient dus à *heredo lues*, parfaitement constatée par la positivité de la réaction de Bordet Wassermann, par des lésions de chorio-retinite ou de fond d'œil spécifiques, par la présence de syphilides et de osteocondrites typiques, par des maladies para-syphilitiques chez les pères, par la déclaration digne de foi de chancres antérieurs à la conception de l'enfant, par des avortements répétés de plus de 4 mois coïncidant ou non avec des fœtus morts, ou macérés, par la présence chez les parents de lésions caractéristiques, etc... Du reste, il attribue : 22,5 % des causes étiologiques à des trauma-

tismes obstétriques, 3,65 % à la prématurité, 0,91 % à l'heredo alcoolisme, il reste encore une marge de 33 % due à des causes que l'on ne peut pas préciser, parmi lesquelles probablement, quelques-uns d'origine heredo luetique ; aucune des autres affections (épilepsie, hemiplogie spastique, maladie de Litle, syndrome de Cécile Vogt) ne donnait une proportion aussi élevée. Bourneville a trouvé seulement 19 fois la lues sur 2872 phrénasthéniques de son service. On a marché un peu dans ce sens ! On pourra peut-être objecter à Gareiso y Escardé sa tendance à signaler une cause unique comme facteur étiologique, mais peu de fois un exemple de super-valorisation d'un facteur comme l'alcoolisme sera si caractéristique. Legrain a prolongé presque jusqu'à nos jours, en exagérant davantage, la terreur contre l'alcool, que les américains finissent par convertir dans le diable lui-même. Lancereaux, n'avait-il pas démontré que l'alcoolique est imprégné par le poison éthylique jusque dans son plasme germinatif ? Que nous sommes bien loin de la proportion du 40 % de pères alcooliques que signalait Bourneville, dans les antécédents obligés des oligophréniques !

Je ne continuerai pas à énumérer les autres causes susceptibles à engendrer la débilité mentale. Mais, en plus de celles-ci, et celles qui sont dues au déficit dans les organes *sensoriales*, il y a des causes sociales, comme l'abandon moral, intellectuel, scolaire, c'est-à-dire qu'elles ne dépendent pas de l'enfant, mais du milieu, parmi lesquelles il faut mentionner la famille incomplète, la grande pauvreté ou la misère, la désorganisation du foyer par le penchement des parents à l'alcoolisme, aux jeux ou à la mauvaise vie, le vagabondage, l'assistance scolaire non continuelle, etc... Ce sont des facteurs que j'ai étudiés longuement dans mon livre sur les « Mineurs abandonnés et délinquants à Cordoba » (Argentine). De Sanctis affirme carrément : « on peut soutenir sans peur de se tromper que la plupart des anormaux du caractère que l'on trouve dans les écoles, ce sont des faux anormaux produits par abandon moral ». On sait que des investigateurs ont affirmé que les enfants des quartiers pauvres de Paris présentent un retard de 4 ans sur les enfants des quartiers riches. Ils sont devenus classiques, les études de Nicefore sur la différence notoire entre le degré de développement, principalement physique des classes riches et pauvres de certaines régions de l'Italie, ont été confirmées par beaucoup d'autres investigateurs. Avec un esprit très différent, sous le nom de « *Rassemlygieve* », ont surgi dans l'Allemagne de la post-guerre de nombreuses études d'une prétendue valeur eugénique, tendant à démontrer qu'il y a une différence essentielle entre les enfants de professeurs, de militaires, de fonctionnaires importants, etc... et les enfants des familles ouvrières. Et que à cause de cette supériorité évidente, on devrait leur accorder la prééminence dans la direction des affaires publiques, dans les postes de signification, et dans tout ce qui exige des connaissances et des activités spéciales. C'est-à-dire que les enfants des familles aisées de la classe moyenne, ou supérieure constituent ce qu'il y a de plus sélect de la nation, que cet état de choses est invariable, et que l'on doit leur accorder ce rang, non pas par un privilège, mais par droit naturel...

Il est vrai que cette supériorité d'une classe sur l'autre part de certains faits constatés, même que dans ces constatations il y a l'influence due à l'esprit de classe qui règne chez les professeurs et les docteurs des Universités nazis. Il est évident que l'exploitation et l'oppression du peuple allemand par les castes dirigeantes, a provoqué là-bas comme chez tous les peuples capitalistes, après plusieurs siècles de vie en commun, une certaine différence entre les gens riches oppresseurs, et les exploités pauvres. Mais, c'est un attentat de lèse-humanité, et de lèse-science, d'affirmer que cette différence est *essentielle* et qu'elle persisterait même quand on effacerait ces différences économiques-sociales. Le

contraire est prouvé par la gigantesque expérience de l'U. R. S. S. dans un moindre degré dans des pays démocratiques et je suis heureux de la vivre dans le peuple espagnol.

Ces constatations, apparemment éloignées de notre thème, prennent pourtant une valeur énorme dans d'autant de cas où la débilité mentale est due en grande partie aux mauvaises conditions sociales de la vie. Sur le même plan, Bernard Schaw fait dire à l'un de ses personnages de son œuvre « *Commandante Barbara* » que, à Londres il n'existe pas 50 criminels de profession, mais des millions de malheureux qui ont été élevés dans la boue, dans l'hiponutrition et dans l'abandon moral. Il n'y a que les imbéciles qui craignent le crime, ajoute-t-il, nous autres nous craignons la pauvreté. Cela n'est pas une simple boutade littéraire, mais l'intuition d'un artiste sur des problèmes brûlants.

Comme d'autres spécialistes, j'ai constaté l'existence d'enfants qui offraient un aspect de stupidité, ou de niaiserie pour une cause psychogène. Je me rappelle d'une enfant de 14 ans qui avait été adoptée par une famille aisée. On ignorait qui étaient ses parents, et comme j'ai pu savoir ensuite, l'enfant s'en rendait compte quoiqu'elle simulait à l'ignorer. Elle se renfermait en une persistance négative à nous accompagner dans l'exploration psychologique, sans que cela signifiât négativisme. Ce qui me fit réfléchir fut le fait que, jusqu'à quelques années avant, l'enfant était normale, et avait fréquenté avec succès l'école, mais que depuis lors elle allait d'échec en échec. Enfin, après un certain temps, je pus établir le rapport, constater l'existence d'une continuelle préoccupation de sa situation d'infériorité morale, puisqu'elle ne se sentait la fille de personne, et par des difficultés dans son développement sexuel. Un traitement analytique l'a guérie de sa maladie, elle se rétablit complètement, ce que j'ai pu constater encore 3 ans après. Les orphelins de naissance, tout un problème encore inexploré et qui pourrait procurer beaucoup de renseignements précieux. De la même façon qu'un foyer hostile, où des parents haïssent leurs enfants, peut amener, comme nous l'avons vu, à des perversions du caractère. Dans les Cliniques de Child Guidance, ou dans les Beratengstellen, les consultations établies dans les pays de langue allemande, surtout par les adeptes de l'école adlérienne, on trouve les documents cliniques de cas similaires. D'autre part, Anne Freud, Sophie Morgensteren, et d'autres psycho-analytiques remarquables, ont étudié les cas ci-dessus.

Pour ne pas prolonger excessivement cette partie, je veux seulement mentionner un cas que j'ai suivi avec un grand soin pendant longtemps, et qui fut placé sous ma surveillance, comme celui d'un arriéré, avec des déviations dans la conduite. Cet enfant de 12 ans était devenu de plus en plus insupportable, et s'était enfui de chez lui à plusieurs reprises. Il avait été dernièrement aux soins d'une institutrice, qui le traitait comme un petit enfant. La père était mort tuberculeux, et il manquait d'autorité dans la maison ; la mère était intellectuellement capable mais timide et sans volonté, et elle ne s'occupait plus de l'enfant. Il avait été élevé au milieu d'une crainte continuelle à la contagion de la tuberculose, plein de prohibitions et de tabous. Son aspect physique était celui d'un enfant frêle, le massif cranien prédominant sur le facial et il était le portrait vivant de cette excellente figure de « poil de carotte », filmée par un studio français. Psychiquement, il était d'un aspect énigmatique, difficile pour engager une conversation, et il répondait en monosyllabes d'une voix aphone. Une apparence froide, réservée et timide ; le regard fuyant, l'expression des yeux aciérée. Il avait un tempérament froid, solitaire, indolent, paresseux, obtus (*tempérament seborothymique esquizotimique-anesthésique* de Kretschmer) ; il craignait les fantômes, et il faisait chez lui des rondes nocturnes

pour s'assurer qu'il n'existait pas de danger pour dormir tranquille. Parfois il était très impressionnable ; passif il n'allait pas à un endroit qui lui plairait pour ne pas avoir à s'habiller, et il lui manquait complètement la notion du devoir. Souvent il manifestait les symptômes d'une véritable folie morale, par sa cruauté et sa conduite déroutée. Son évolution sexuelle avait souffert des déviations notoires ; il se masturbait depuis qu'il était petit, il était attiré par les travaux féminins, et il se sentait attiré étrangement vers les questions sexuelles.

Évidemment, peu de temps après avoir été examiné, il ne montrait plus un tel déficit mental, comme avaient supposé les siens, à cause de sa résistance à réaliser les actes d'hygiène les plus élémentaires, par ses fuites et ses vagabondages, par son manque d'application à l'étude, et le résultat nul obtenu dans son travail. Il n'était donc un débile mental d'aucune façon, au contraire, suivant le Yerkes Bridge, il donnait un âge mental de deux ans supérieur à l'âge qu'il avait. Comment expliquer cet arriéré supposé ? Faible, maladif, fils d'un tuberculeux, au lieu de le fortifier avec une vie hygiénique appropriée, il restait de longs mois au lit, on lui prodiguait des soins excessifs, craignant toujours pour sa santé et manié comme un petit enfant. Il ne faisait jamais ce que les enfants doivent faire eux-mêmes tout seuls, car l'institutrice mettait tout son soin à lui éviter tout travail et lui faire plaisir dans ses plus petits caprices. Cette même femme, une protestante puritaine, lui remplissait la tête avec des prêches sur le paradis et l'enfer, afin de sauver son âme. Une fois que l'institutrice l'abandonna pour se marier, l'enfant tomba dans un état lamentable. Il le disait lui-même, elle me tenait comme à un tout petit enfant, et c'est pour cela que je suis un malheureux. Soumis à un traitement psychique et physique, son état s'améliora notablement dans tous les sens, et aujourd'hui, cet enfant avant malheureux et inepte suit ses études à l'Université.

Il est évident que ce cas n'a jamais été une débilité mentale ! Mais, il sert inclusivement pour déterminer le diagnostic différentiel dans la conclusion facile de ces cas. On ne peut pas dire non plus, dans ce cas, qu'il s'agit d'un faux anormal.

Si on exclut les faux anormaux, le nombre de débiles mentaux reste réduit. Quelle est son étiologie ? Sans doute il existe l'influence des toxi-infections héritées, qui déterminent une abiotrophie des centres du cerveau où s'effectuent les processus psychiques supérieurs, encore très peu éclairés dans son anatomie pathologique. L'hérédité joue sans doute un rôle singulièrement important. Comme disait un grand psychologue et psychotechnique espagnol du XVI[e] siècle, un des premiers eugénistes, Juan de Dios Huarte : il existe une certaine race d'hommes qui engendrent des enfants super-normaux, et d'autres qui les engendrent rudes et maladroits. Il y a des lignées d'hommes niais, et des castes d'hommes savants. (Examen De Ingenios, Édition 1930. Volume 2, page 417). Et il arrive, comme l'on sait que dans la même famille, on peut trouver des enfants normaux, ou supernormaux, et d'autres oligophréniques.

STATISTIQUE

Ces dernières années, on a reconnu la grande proportion d'anormaux parmi les délinquants précoces et aussi des adultes. Deux théories se disputent la prééminence de l'origine de délinquance précoce : la pathologique et la sociale. Ainsi, tandis que Collin considère que, pas moins de 70 % (desquels un 10 % avec des anormalités graves de l'intelligence et du caractère ; et un 60 % avec

des anormalités légères, héréditaires ou acquises) présentent des anormalités psychiques. Roth attribue une proportion presque égale, le 67 % à des causes sociales. Mais si l'on regarde bien, ces mêmes causes sociales provoquent des perturbations mentales. Il ne faut pas, tout de même les confondre, même que dans beaucoup de cas elles s'entrecroisent d'une manière inextricable.

En partant de l'examen direct du niveau mental, j'ai recueilli les statistiques suivantes concernant ces mineurs internés dans la Maison del Buen Pastor et de l'Asile de mineurs garçons de Cordoba, en Argentine, parmi lesquels il y en avait qui n'avaient jamais commis une faute quelconque ; d'autres seulement des infractions, et il y en avait en une grande proportion qui avaient commis des délits.

Asile de mineurs : garçons

1) Idiotie	
2) Imbécillité	1
3) Débilité mentale	14
4) Intelligence sous-normale	16
5) Normal	4
6) Faux anormal	16
7) Niveau mental supérieur	9
	1
TOTAL	61

Section de mineurs de la Maison del Buen Pastor : filles

1) Idiotie	
2) Imbécillité	
3) Débilité mentale	14
4) Intelligence sous-normale	10
5) Normal	5
6) Faux anormal	13
7) Niveau mental supérieur	8
	—
TOTAL	50

Comme on peut le voir, la quantité d'arriérés est extraordinaire. Chez les garçons, c'est presque la moitié (28 sur 61) et la proportion est encore plus grande chez les filles (29 sur 50). Si on y faisait rentrer ceux d'intelligence sous-normale, le nombre serait encore plus élevé (37 sur 61 garçons, et 37 sur 50 chez les filles). J'ai vu encore mieux, comment l'indiscipline, la méchanceté, le vagabondage, la haine de la famille et de la société, l'impulsivité, les infractions et les délits, le manque d'adaptation, la mendicité et la paresse, et les autres formes de vie et de réaction antisociales des mineurs sont si souvent, le produit des altérations du psychisme, des fois ils sont faciles à voir, et en d'autres cas ils doivent être recherchés avec soin.

La proportion obtenue par le Docteur Carlos de Arenaza dans la Alcaidia de Mineurs de la ville de Buenos-Ayres, sur plus de 2.000 mineurs de moins de 18 ans est différente. De ceux-ci, le 4 % étaient des idiots ou des imbéciles. Et avec des facultés insuffisantes (j'entends des débiles mentaux) les 29 %. La proportion obtenue par Prados y Such sur 50 jeunes délinquants, récidivistes, détenus préventivement, ou condamnés dans la Prison Provinciale de

Malaga, qu'il étudia très minutieusement est encore plus forte. (Psicobiologie de la delincuencia juvenil. Archivos de Neurobiologia, 1934). En les soumettant à l'échelle de valorisation de Terman, Prados y Such donne les chiffres suivants :

Maladroits (torpes)	1
Maladroits-débiles	4
Débiles mentaux	35
Imbéciles	6

Si l'on considère avec un avis bienveillant, les deux premières catégories, et on les fait rentrer parmi les normaux, les 41 cas restants donnent une proportion de 82 % avec un déficit mental accentué. Parmi eux, étudiés du point de vue psychiatrique, le nombre de psychopathes épileptoïdes était élevé (14) ; de psychopathes du cercle esquizophrénique (7) et de vagabonds (6), etc...

Parmi les nombreuses études faites aux États-Unis, je rappellerai seulement celle de J. Harold Williams sur 470 mineurs et jeunes délinquants, dont la plupart étaient déjà passés devant les Tribunaux de Mineurs de l'État de Californie (The intelligence of the delinquents boys) : 30 % (141 mineurs) étaient des arriérés ; 37 % (128) des cas intermédiaires ; 20 % (97) des normaux médiocres ; 19,2 % (90) des normaux moyens, et seulement 4 % (14) étaient d'intelligence supérieure. De ces statistiques et d'autres impossibles de mentionner ici, on peut conclure qu'il existe des anormalités mentales chez les mineurs délinquants d'une proportion de 30 % ou 40 %, jusqu'à 70 et 80 % et même davantage. Ce sont des renseignements d'une telle signification, qu'eux tout seuls pourraient justifier d'inclure ce thème parmi les thèmes officiels du Congrès.

Je vais m'employer maintenant à signaler lesquels, parmi les débiles mentaux sont les plus prédisposés au délit, et l'attitude nécessaire à prendre par les experts en face d'eux.

CLINIQUE CRIMINOLOGIQUE

Tous les débiles mentaux ne présentent pas un penchant du délit. Ce même phénomène est constaté aussi, quoique dans un moindre degré, chez les épileptiques ou les alcooliques. Tout le monde connaît ces imbéciles et débiles mentaux bons, et aimant à rendre service, capables d'un travail dur et suivi, fidèles comme des chiens, lesquels, parmi les protestations vers leurs compagnons, se moquant d'eux, peuvent travailler autant et même plus qu'un ouvrier ordinaire. Surtout si on les place dans un ambiant ou dans un métier auquel ils puissent s'adapter. Il faut distinguer les débiles mentaux équilibrés, de ceux qui sont déséquilibrés. Les premiers offrent une certaine harmonie parmi le retard de leurs facultés intellectuelles, leurs sentiments et leur volonté. Très souvent ils sont obéissants, passifs, pondérés, doués de cette puérilité et de cette bêtise qui les font reconnaître facilement. Par contre les déséquilibrés, offrent d'habitude le cadre de folie morale avec les perversions instinctives qui sont l'origine d'une conduite antisociale. Ils sont têtus, d'un égoïsme monstrueux, et sujets à des mouvements impulsifs dérivés de leurs instincts débordés — nutritifs, sexuels, familiers,— et en conflit permanent avec la société ; leur déficit mental, les rend inaptes pour la vie en commun, et leur place la plus appropriée est souvent dans la prison ou dans l'asile. Crédules et suggestionnables, paresseux et incontrôlés, ils sont les complices habituels et les instruments de ceux qui savent et comprennent plus et mieux qu'eux.

Sur ce terrain pathologique, viennent souvent se greffer des processus mentaux, principalement des idées de persécution et de grandeur, délires d'invention, des états d'excitation maniaques, ou de dépression mélancolique, mais surtout ils sont les victimes de ces états mentaux où ils ne peuvent pas employer le jugement critique, et ne peuvent pas lutter avec leurs propres moyens contre le delirium qui tend à faire prise sur eux.

Il convient de distinguer aussi ce qui pourrait s'appeler la débilité mentale *essentielle*, de la *symptomatique*. La deuxième peut être subséquente à un traumatisme obstétrique, à une méningite enfantine, à un processus cérébral qui a provoqué en même temps une épilepsie ; à une encéphalite. Et dans ces cas, j'ai remarqué rarement une conduite antisociale, parce qu'ils en sont empêchés d'habitude, physiquement, (par la nature même du mal, qui créa en même temps la débilité mentale), de se convertir en êtres éminemment dangereux.

Certainement que, dans la plupart des cas, la débilité mentale par elle-même ne suffit pas pour faire un délinquant. Pendant longtemps on avait pensé d'isoler les anormaux du caractère et de la conduite dans le foyer, en les livrant à la vie artificielle des communautés fermées. Par contre, aujourd'hui on cherche à les laisser dans leurs foyers sous l'influence irremplaçable des parents, pour être corrigés dans le même ambiant social où ils devront vivre et agir. Il est évident que pour cela il est nécessaire que l'anormal puisse compter avec la protection d'une famille bien organisée et munie de ressources avec des capacités nécessaires pour leur orthopédie morale, ce qui n'arrive pas souvent.

De la combinaison du facteur pathologique personnel et des conditions sociales favorables, je m'en suis rendu bien compte à travers des cas dont j'ai fait la description à Cordoba sous le nom de : « Une nouvelle famille psychopathologique d'empoisonneurs ». J'ai recueilli 7 cas de mineurs empoisonneurs, dont les caractéristiques étaient totalement différentes de celles qui ont été décrites par les criminologues. Rappelons-nous que Lombroso affirmait que les empoisonneurs dépassant l'âge de 25 ans appartiennent presque tous à la haute société, qu'ils sont poussés souvent par la passion de l'amour, que leur psychopathologie est ou approche de celle des hystériques et qu'ils tendent à récidiver, etc.

Par contre les cas que j'ai décrits sont tout le contraire ; tous sont des mineurs et appartenaient à la classe la plus humble, moins que domestiques, ils étaient des serfs ; leur délit était primaire, et ils étaient poussés par la haine et la vengeance. Il s'agissait dans tous les cas, sauf un, de jeunes femmes mineures qui avaient tenté d'empoisonner leurs patrons ou leurs familles comme représaille même contre l'oppression, des dommages ou humiliations soufferts. Mais, dans le cas du garçon, il est très significatif que celui-ci était classifié dans l'Asile comme pédéraste, et comme pédéraste passif, et ses traits psychologiques le rapprochaient du sexe féminin. L'âge variait entre 14 et 18 ans. Presque toujours ils tentaient d'empoisonner la famille entière dans un élan de haine qui englobait tout le groupe social qui utilisait ou exploitait leurs services.

Chez tous, le retard mental était manifeste et variait de 7 à 9 ans, excepté dans un cas, avec âge mental normal, mais qui avait les stygmes de la méchanceté. Chez la plupart, on constatait les signes de la débilité de l'instinct social et de la sympathie : indocilité, peu de faculté d'adaptation, instabilité, timidité et émotivité, jointes à la colère et à l'impulsion agressive, paresse, hypocrisie et simulation, peu d'amitiés, egolatrie et narcissisme, tendance au vol, etc...

Presque tous étaient donc des débiles mentaux, mais on doit ajouter en plus leur condition sociale. Il faut dire que l'état d'une bonne partie des domesti-

ques à Cordoba et, en général, dans l'intérieur de l'Argentine est tel, qu'on ne le voit plus ni dans le Littoral, ni dans les pays européens depuis longtemps. Les domestiques, d'ordinaire sont élevés par leurs maîtres depuis l'enfance, et participent dans une certaine façon à leur vie familiale, si elle a des habitudes patriarcales. Très fréquemment ils ne reçoivent pas de salaire, ou il est minime, et il est fréquent de voir à Cordoba des femmes arrivées à la vieillesse, et qui, après avoir travaillé toute leur vie, ne possèdent rien parce qu'elles n'ont jamais touché de salaire. Il y a des personnes et des familles qui sont à l'affût pour se charger des enfants issus des nombreuses unions illégales, ou de quelques-uns des nombreux enfants de familles pauvres, pour profiter d'eux, ou pour les donner à leurs amitiés, possédant ainsi un service permanent, fidèle à cause de son ignorance, et d'une dépense nulle ou insignifiante.

Je connais des cas, où des dames de la société rôdaient autour du lit de mort d'une mère pour s'emparer de ses enfants et les utiliser comme nous venons de le dire. Il existe des cas où les domestiques vivent assez bien, mais il y en a d'autres où l'exploitation est mal couverte sous le voile hypocrite de la charité. Alors, les domestiques sont convertis en animaux et nourris avec les restes ; à peine si on les habille, ils ne reçoivent pas d'instruction et manquent de toute atmosphère familiale. Dans ces cas on accorde peut-être trop à la « malignité constitutionnelle », comme disait Dupré ; très souvent je crains de charger excessivement ces malheureux en leur allouant cette tare infâmante scientifique. Seulement je veux rappeler un cas, celui d'une jeune femme de 18 ans, traitée comme une esclave, qui tenta à plusieurs reprises de prendre la fuite, et qu'on ramenait chaque fois dans son odieux enclos. Elle manquait de toute protection familiale, sociale ou officielle ; un défenseur (!?) l'avait remis à cette famille il y avait 10 ans, sans jamais plus s'être inquiété d'elle...

Voilà un chapitre que n'aurait pu écrire Ruhle dans sa Psychologie de l'Enfant Prolétaire, d'abord parce qu'il n'avait pas connu de cas semblables de servitude, et ensuite parce qu'il a traité principalement d'enfants plus ou moins normaux.

Déjà par eux-mêmes, les sentiments des domestiques envers leurs maîtres sont fréquemment hostiles, faisant exhalter leur désobéissance et leur indocilité. Chez le domestique adulte il y a une issue par la discussion, la chicane, la résistance, la contradiction aux conseils et aux ordres du maître, l'indiscipline et la révolte, et dans tous les cas, par le simple éloignement de son service, choses que ne peut pas réaliser un enfant. Chez ces phrénasténiques il se produit une véritable « névrose des serfs » que j'ai aussi constatée dans d'autres cas, même quand on les traite affectueusement.

On voit donc que la condition sociale et économique de l'écarté est parfois autant ou plus importante que l'anormalité constitutionnelle. On peut prouver ceci en mille occasions différentes, bien que ce ne soit pas d'une manière aussi crue que dans le cas de la famille d'empoisonneurs. Je pourrais citer des exemples nombreux de prostituées, de vagabonds et de mendiants, de petits voleurs, de mineurs qui commettent des délits sexuels et des violences contre des individus. De tout cela je parle longuement dans mon livre mentionné ci-dessus, je ne veux pas le répéter. Il arrive parfois qu'au lieu d'agir contre les autres, ils se retournent contre eux, et le suicide prend alors le caractère d'un véritable suicide par vengeance, cas que j'ai étudié dans une autre occasion. (Der Selbstmord als Rache. Vortrag im Akademischen Verein fur medizinische Psychologie. Wien 13 Maerz 1930. Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie. Bd. LXXVII).

Un problème intéressant et qui jusqu'à présent n'a pas été abordé, serait

celui de connaître exactement comment ils deviennent adultes et quelle est la conduite des débiles mentaux une fois arrivés à l'âge adulte. Dans plusieurs cas, j'ai constaté que les débiles harmoniques se transforment en ouvriers peu doués, de différents métiers où la routine leur permet de s'en tirer avec des heurts et des difficultés. Il y en a d'autres qui s'améliorent jusqu'à atteindre la normalité, confirmant dans ces cas la croyance vulgaire, qui une fois de plus paraît raisonnable, « *qu'ils s'arrangent* » avec la croissance.

Par contre, l'avenir des débiles déséquilibrés, avec des altérations du caractère et de la conduite, est plus accidenté. Les uns suivent une carrière délinquante, sur laquelle nous n'insisterons pas, et deviennent les victimes des délinquants les plus astucieux, ou de leur propre stupidité. Les autres s'adonnent à l'alcoolisme ou à des toxicomanies. Il y en a qui s'enrôlent comme des professionnels militaires dans les légions étrangères, en cherchant instinctivement le centre de discipline dont ils ont besoin, après avoir échoué dans toutes leurs tentatives professionnelles ou dans des activités diverses. Il y en a d'autres qui remplissent les rangs de la délinquance politique, comme j'ai pu constater entre fier-à-bras et des policiers dans nos provinces. Et enfin, ceux qui se trouvent hautement placés par leur situation familiale ou économique, ont d'habitude un « brevet » d'impunité, du moins pour un certain temps, pour la satisfaction anormale de leurs instincts ou passions débordés ou pervers.

LE PROBLÈME DU DISCERNEMENT.

SA SUBSTITUTION PAR L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Une des questions que la commission du Congrès nous a sollicité de traiter, est celle du discernement et de la responsabilité des débiles. En réalité c'est un problème qui a été surpassé depuis longtemps, mais malgré cela il y a des médecins, des magistrats et des experts qui insistent pour l'aborder et le résoudre, non seulement dans mon pays, mais aussi dans d'autres nations. Le « Children Act » pose cette question aride quand il consacre l'irresponsabilité pénale des enfants âgés de plus de 7 ans et moins de 14, s'ils ont commis une infraction « sans discernement » et la loi française de 1912 établit la distinction entre les enfants de 13 à 16 ans, et ceux de 16 à 18, suivant qu'ils étaient doués ou non de discernement.

Ceci est un problème qui avait déjà préoccupé les Romains lesquels, avaient cherché le moyen de « l'inimputabilité » du mineur dans l'absence du discernement. De là découlait son extraordinaire importance pour la justice pénale et pour la médecine légale qui la conseillait.

Dans son grand livre sur les limites et les modifications de l'imputabilité, Alimena faisait remarquer que peut-être il n'existait pas une autre question dans le Droit criminel où la discordance des opinions fut aussi grande. D'après le pénaliste espagnol Jimenez de Asùa, on peut diviser les concepts sur ce thème en trois groupes : 1) Ceux qui lui attribuent la distinction du bien et du mal, c'est-à-dire la faculté morale de connaître ; 2) Ceux qui la font venir de l'intelligence de l'antijuridicité de l'acte, dans la notion de la responsabilité pénale, et de la punibilité qui entoure l'acte antisocial commis ; 3) La distinction entre délit naturel ou immoral. Les codes et les projets anciens et modernes reflètent cette disparité d'opinions.

ques à Cordoba et, en général, dans l'intérieur de l'Argentine est tel, qu'on ne le voit plus ni dans le Littoral, ni dans les pays européens depuis longtemps. Les domestiques, d'ordinaire sont élevés par leurs maîtres depuis l'enfance, et participent dans une certaine façon à leur vie familiale, si elle a des habitudes patriarcales. Très fréquemment ils ne reçoivent pas de salaire, ou il est minime, et il est fréquent de voir à Cordoba des femmes arrivées à la vieillesse, et qui, après avoir travaillé toute leur vie, ne possèdent rien parce qu'elles n'ont jamais touché de salaire. Il y a des personnes et des familles qui sont à l'affût pour se charger des enfants issus des nombreuses unions illégales, ou de quelques-uns des nombreux enfants de familles pauvres, pour profiter d'eux, ou pour les donner à leurs amitiés, possédant ainsi un service permanent, fidèle à cause de son ignorance, et d'une dépense nulle ou insignifiante.

Je connais des cas, où des dames de la société rôdaient autour du lit de mort d'une mère pour s'emparer de ses enfants et les utiliser comme nous venons de le dire. Il existe des cas où les domestiques vivent assez bien, mais il y en a d'autres où l'exploitation est mal couverte sous le voile hypocrite de la charité. Alors, les domestiques sont convertis en animaux et nourris avec les restes ; à peine si on les habille, ils ne reçoivent pas d'instruction et manquent de toute atmosphère familiale. Dans ces cas on accorde peut-être trop à la « malignité constitutionnelle », comme disait Dupré ; très souvent je crains de charger excessivement ces malheureux en leur allouant cette tare infâmante scientifique. Seulement je veux rappeler un cas, celui d'une jeune femme de 18 ans, traitée comme une esclave, qui tenta à plusieurs reprises de prendre la fuite, et qu'on ramenait chaque fois dans son odieux enclos. Elle manquait de toute protection familiale, sociale ou officielle ; un défenseur (!?) l'avait remis à cette famille il y avait 10 ans, sans jamais plus s'être inquiété d'elle...

Voilà un chapitre que n'aurait pu écrire Ruhle dans sa Psychologie de l'Enfant Prolétaire, d'abord parce qu'il n'avait pas connu de cas semblables de servitude, et ensuite parce qu'il a traité principalement d'enfants plus ou moins normaux.

Déjà par eux-mêmes, les sentiments des domestiques envers leurs maîtres sont fréquemment hostiles, faisant exhalter leur désobéissance et leur indocilité. Chez le domestique adulte il y a une issue par la discussion, la chicane, la résistance, la contradiction aux conseils et aux ordres du maître, l'indiscipline et la révolte, et dans tous les cas, par le simple éloignement de son service, choses que ne peut pas réaliser un enfant. Chez ces phrénasténiques il se produit une véritable « névrose des serfs » que j'ai aussi constatée dans d'autres cas, même quand on les traite affectueusement.

On voit donc que la condition sociale et économique de l'écarté est parfois autant ou plus importante que l'anormalité constitutionnelle. On peut prouver ceci en mille occasions différentes, bien que ce ne soit pas d'une manière aussi crue que dans le cas de la famille d'empoisonneurs. Je pourrais citer des exemples nombreux de prostituées, de vagabonds et de mendiants, de petits voleurs, de mineurs qui commettent des délits sexuels et des violences contre des individus. De tout cela je parle longuement dans mon livre mentionné ci-dessus, je ne veux pas le répéter. Il arrive parfois qu'au lieu d'agir contre les autres, ils se retournent contre eux, et le suicide prend alors le caractère d'un véritable suicide par vengeance, cas que j'ai étudié dans une autre occasion. (Der Selbstmord als Rache. Vortrag im Akademischen Verein fur medizinische Psychologie. Wien 13 Maerz 1930. Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie. Bd. LXXVII).

Un problème intéressant et qui jusqu'à présent n'a pas été abordé, serait celui de connaître exactement comment ils deviennent adultes et quelle est la conduite des débiles mentaux une fois arrivés à l'âge adulte. Dans plusieurs cas, j'ai constaté que les débiles harmoniques se transforment en ouvriers peu doués, de différents métiers où la routine leur permet de s'en tirer avec des heurts et des difficultés. Il y en a d'autres qui s'améliorent jusqu'à atteindre la normalité, confirmant dans ces cas la croyance vulgaire, qui une fois de plus paraît raisonnable, « *qu'ils s'arrangent* » avec la croissance.

Par contre, l'avenir des débiles déséquilibrés, avec des altérations du caractère et de la conduite, est plus accidenté. Les uns suivent une carrière délinquante, sur laquelle nous n'insisterons pas, et deviennent les victimes des délinquants les plus astucieux, ou de leur propre stupidité. Les autres s'adonnent à l'alcoolisme ou à des toxicomanies. Il y en a qui s'enrôlent comme des professionnels militaires dans les légions étrangères, en cherchant instinctivement le centre de discipline dont ils ont besoin, après avoir échoué dans toutes leurs tentatives professionnelles ou dans des activités diverses. Il y en a d'autres qui remplissent les rangs de la délinquance politique, comme j'ai pu constater entre fier-à-bras et des policiers dans nos provinces. Et enfin, ceux qui se trouvent hautement placés par leur situation familiale ou économique, ont d'habitude un « brevet » d'impunité, du moins pour un certain temps, pour la satisfaction anormale de leurs instincts ou passions débordés ou pervers.

LE PROBLÈME DU DISCERNEMENT.

SA SUBSTITUTION PAR L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Une des questions que la commission du Congrès nous a sollicité de traiter, est celle du discernement et de la responsabilité des débiles. En réalité c'est un problème qui a été surpassé depuis longtemps, mais malgré cela il y a des médecins, des magistrats et des experts qui insistent pour l'aborder et le résoudre, non seulement dans mon pays, mais aussi dans d'autres nations. Le « Children Act » pose cette question aride quand il consacre l'irresponsabilité pénale des enfants âgés de plus de 7 ans et moins de 14, s'ils ont commis une infraction « sans discernement » et la loi française de 1912 établit la distinction entre les enfants de 13 à 16 ans, et ceux de 16 à 18, suivant qu'ils étaient doués ou non de discernement.

Ceci est un problème qui avait déjà préoccupé les Romains lesquels, avaient cherché le moyen de « l'inimputabilité » du mineur dans l'absence du discernement. De là découlait son extraordinaire importance pour la justice pénale et pour la médecine légale qui la conseillait.

Dans son grand livre sur les limites et les modifications de l'imputabilité, Alimena faisait remarquer que peut-être il n'existait pas une autre question dans le Droit criminel où la discordance des opinions fut aussi grande. D'après le pénaliste espagnol Jimenez de Asùa, on peut diviser les concepts sur ce thème en trois groupes : 1) Ceux qui lui attribuent la distinction du bien et du mal, c'est-à-dire la faculté morale de connaître ; 2) Ceux qui la font venir de l'intelligence de l'antijuridicité de l'acte, dans la notion de la responsabilité pénale, et de la punibilité qui entoure l'acte antisocial commis ; 3) La distinction entre délit naturel ou immoral. Les codes et les projets anciens et modernes reflètent cette disparité d'opinions.

Le problème n'est pas autant dans la difficulté de comprendre ce que c'est le discernement, ni même de le rechercher dans l'une des directions ci-dessus mentionnées, que dans le mélange et dans la confusion qu'il provoque. C'est pourquoi Kraft-Ebbing affirmait expressément que le juge était le seul qui devait résoudre ce point, s'il pouvait, tandis que l'expert devait limiter sa mission à l'étude médico-légale stricte de chaque cas. Pour aucune autre question, Kraft-Ebbing ne se montre aussi couvert d'inconvénients. Il est très difficile de résoudre, dit-il dans son livre classique, l'existence du discernement chez un criminel jeune (page 95), et il répète qu'elle peut rentrer dans le nombre des problèmes les plus difficiles du diagnostic (page 116). Il affirmait justement que « tous les débiles d'esprit ne peuvent être considérés comme manquant de discernement », même, qu'en son temps il ne pouvait préciser le concept de débilité mentale. Dans la mesure du développement de sa conscience du droit et de son caractère, il ajoutait que, même si ce dernier était défectif, il était susceptible d'une responsabilité juridique, quoique limitée (page 121). (Kraft-Ebbing. Médecine légale des Aliénés, Édition 1911).

En réalité, le psychiâtre viennois choquait contre une double série de difficultés, celles d'ordre technique, qu'il reconnaît exactement sans se laisser dominer par l'ancien adage « malitia supplet setatem », malgré la pauvreté des moyens d'exploration de son époque. La deuxième difficulté, plus grosse, n'est plus déjà du domaine médical, mais du domaine métaphysique-juridique. Même lorsque le discernement existe, il n'est pas encore permis d'affirmer la capacité d'imputation, car il manquerait pour cela la deuxième condition essentielle : *la libertas consilii*, c'est-à-dire la faculté de choisir entre l'exécution ou la non exécution d'un acte. La condition préalable est la *libertas judicii*, c'est-à-dire la possibilité de l'individu de connaître la nature, les conditions et les conséquences de son acte. Il n'est pas difficile de voir comment le discernement ressemble, comme une goutte d'eau à une autre goutte, à *la libertas judicii*, sans faire conexclusion de la *libertas consilii*. Sante de Sanctis le confirme : On doit entendre par discernement la capacité de comprendre intellectuellement et otiquement ; on doit comprendre aussi ces mêmes conditions psychiques qui déterminent le vouloir, comme condition d'imputabilité, qui n'exclut pas la liberté de choisir. (Trattato pratico di Psicopatologia forense, en colaboracion con Ottolenghi. Volume II, page 102).

On comprendra maintenant les énormes difficultés que l'on rencontrait pour préciser le degré de discernement chez le mineur, car il présentait toutes les difficultés et les égarements inhérents à la fixation chez l'adulte de son libre arbitre et de sa responsabilité morale, avec l'aggravation que l'exploration était réalisée sur un mineur, ce qui compliquait beaucoup par lui-même, le problème, et encore beaucoup plus si celui-ci était un arriéré. Derrière cette prétention de fixer le degré de compréhension et libre arbitre du mineur délinquant, il y avait des hypothèses d'ordre métaphysique qui torturaient les médecins légistes.

De plus il y avait la prétention de connaître le degré de développement intellectuel, moral et volitif, et son rapport possible avec le délit commis. Il y a 20 ans, j'ai démontré toute l'inanité qu'il y avait dans cette position, fréquemment touchée par le code et les juges sur la responsabilité morale. (El determinismo en la ciencia y en la vida. Buenos-Ayres, 1918).

Si cela est vrai chez l'adulte, combien plus chez le mineur ! *Le problème du discernement chez les mineurs est équivalent à l'ancien et totalement relégué de la responsabilité morale des adultes.* De l'investigation sur le discernement on passe d'un saut à celui de l'examen par experts, en éludant toute considération philosophique. Ça vaut la peine d'insister ici, spécialement en France, sur cette survivance de problèmes, qui obscurcissent et troublent l'étude et la décision au sujet des délinquants, car c'est en France, où la législation ancienne et le conservatisme des juges ont maintenu davantage ces questions de la responsabilité et ses degrés, et du discernement.

La tendance à considérer que le problème des mineurs délinquants, n'est plus une affaire juridique mais sociale et pleinement sociale et universelle. Le professeur de Droit Pénal, Garçon disait déjà en 1903 au premier Congrès Français de cette matière, des paroles qui ont fait fortune : « L'enfant est sorti du Droit Pénal ; pour lui du moins, on ne parle pas d'expiation, mais de responsabilité morale ». Aujourd'hui il s'agit de la protection physique, morale et pénale des mineurs, en les rendant indépendants des dispositions, qui régissent les activités des adultes dans les respectifs corps légaux, et en les groupant dans des codes spéciaux pour les mineurs.

Pourtant on ne doit pas rester sans défense devant certains mineurs dangereux. Il en est tenu compte dans la « Children Act » acceptée comme la Grande Charte de l'Enfant, dans la loi française en vigueur, le projet suisse de 1915, notre Code Pénal (dernière partie de l'article 36, et les articles correspondants de la loi 10.903. Loi du Patronat de Mineurs). Et même dans le plan général de construction d'établissements pour mineurs dans la République Argentine, élaboré par la Commission Spéciale désignée par le Pouvoir Exécutif de la Nation, on projette dans son article 2, un réformatoire de type disciplinaire pour ce type de mineurs indisciplinés, violents, récidivistes, inadaptables dont le nombre est reconnu comme non dédaignable. Dans la même Colonie Foyer « Ricardo Gutierrez », qui est dans notre pays l'institution modèle pour la réforme des mineurs délinquants et abandonnés, il y a un pavillon destiné à cette classe d'anormaux.

Chez eux, comme chez les autres mineurs, l'investigation sur le discernement devra être substitué par un examen minutieux, médico-psychologique et médico-social, dont il ne m'est pas possible de rentrer ici dans ses caractéristiques. Malgré le chemin déjà parcouru, on doit insister encore sur la nécessité de cette expertise, qui est négligée ou est mal faite dans tant de cas, surtout dans des endroits où il n'existe pas de Tribunaux de mineurs, ni de spécialistes qui les conseillent. En certains rapports, le commentaire fut bien fait par un de nos journaux à propos d'une expertise sur un couple de féroces assassins qui avait exterminé presque sans motif une nombreuse famille qui utilisait leurs services. Le journal affirmait alors que « l'anormalité était seulement dans ce rapport étrange », et il ajoutait que la capacité romancière de la psychiâtrie était franchement étonnante « branche de la science médicale si facile à l'extravagant », de ceux qui confondent une science déterminée, avec ceux qui se disant ses cultivateurs la discréditent et la servent mal. Il ne devrait pas y avoir un examen médico-légal sur les mineurs délinquants sans l'utilisation des recours que l'investigation psychologique et psychopathologique nous offre abondamment dans les tests et les procédés systématiques connus, ainsi que dans l'étude de la condition sociale des mineurs délinquants. Sur un tel rapport responsable, devront se fonder les mesures de protection, de répression, de surveillance ou d'intimidation, lesquelles doivent être différentes de celles qui existent pour les adultes.

Aussi doivent être différentes les règles suivies pour la détermination de son degré de dangereux. Un triage soigné permettra de déterminer les récidivistes en latence, et aussi d'établir sa prophylaxie et traitement. Mais ce n'est plus notre mission de l'établir dans tous ses détails.

Une des premières obligations, donc, pour la prophylaxie de la délinquance précoce, et même de celle des adultes est l'assistance des phrénasténiques. Quand on discutait au Congrès de Médecine Légale de 1924 le traitement approprié des délinquants, Claude disait : « Je crois que pour commencer en France l'œuvre de réforme qui nous paraît à tous, nécessaire, à tous nous devons nous dédier à dépister précocement les anomalies mentales, et j'entends pour précoce, que l'enquête doit être poursuivie aussi bien chez les jeunes que chez les adultes depuis leur premier délit ». Le diagnostic précoce de ces états est nécessaire, ce qui importe beaucoup pour le traitement de la débilité mentale proprement dite et par les réactions antisociales qui peuvent être ainsi évitées. — Lorsque notre distingué confrère, le Pr Healy disait qu'en 1921 les délits coûtaient aux États-Unis de 3 à 4 millions de dollars par jour, il affirmait en même temps que le remède le plus direct pour réduire au minimum ces dommages est la « Juvenile Court ».

Dans les derniers lustres, le symptôme criminologique le plus alarmant dans le monde entier a été l'accroissement de la délinquance précoce, que les spécialistes signalèrent comme une des caractéristiques de l'époque ; le phénomène devait être senti comme un son d'alarme. La délinquance précoce est un symptôme d'un ordre de faits sociaux plus généraux et permanents, celui de l'enfance abandonnée, et celle-ci est à son tour une des expressions les plus aiguës et impressionnantes de la même question sociale. Tous ceux qui traiteront des mineurs délinquants et abandonnés, et voudront considérer cette question comme un problème exclusivement médical, ou éducatif, ou psychologique, ou économique ou juridique, devront se convaincre à la fin de leur erreur. Très souvent c'est tout ensemble en même temps. C'est-à-dire un problème complexe médico-social. Et, dans ce sens il est difficille d'imaginer un contraste plus violent que celui qui existe dans la plupart des pays, même dans le nôtre, entre l'urgence à recourir à la prophylaxe et à la protection des mineurs délinquants et abandonnés et l'état actuel des choses. Occulte ou publique, égoïste ou cynique, cette négligence, ce manque d'intérêt pour le malheur, la misère, la maladie dans ce « siècle des enfants » constitue un grave problème national et humain, duquel nous serons bien obligés en compte dernier de nous en débarrasser.

LA DÉBILITÉ MENTALE COMME CAUSE DE LA DÉLINQUANCE INFANTILE ET JUVÉNILE

PAR

les Professeurs A. C. PACHECO e SILVA, de Saint Paul
et LEONIDIO RIBEIRO, de Rio de Janeiro

1° Les médecins et les sociologues qui se sont occupés au Brésil de l'étude de la débilité mentale et ses relations avec la criminalité infantile, sont d'accord que la mesure la plus efficace de prophylaxie du délit pratiqué par les faibles d'esprit réside dans la connaissance précoce des oligophréniques.

2° Autrefois on pensait que la débilité mentale était la base de la délinquance infantile. Dans la suite on a attribué une grande importance aux anomalies de caractère, à la constitution perverse, si bien étudiée par Dupré, en reléguant au deuxième plan la débilité mentale. Il est certain, toutefois, que celle-ci y contribue indiscutablement pour augmenter la criminalité infantile.

3° Dans une étude réalisée à la maison de rééducation de l'État de saint Paul, (Brésil) on a vérifié entre les mineurs délinquants, un pourcentage de débilité mentale correspondant à 22 % sur le total des observés.

Dans le Laboratoire de Biologie infantile de Rio de Janeiro, le pourcentage de déficients mentaux a été de 19 %.

4° *L'alcool agit comme un facteur de grande importance* dans la criminalité des oligophréniques en libérant les manifestations instinctives latentes surtout dans les délinquants juvéniles.

5° Les débiles mentaux, infantiles et juvéniles, *ayant des crises convulsives*, sont les plus exposés à la délinquance.

6° Il est souvent difficile de distinguer les débiles mentaux avec crises convulsives, des épileptiques qui ont un abaissement du niveau intellectuel.

7° La plupart des oligophréniques qui deviennent criminels dans leur enfance ou dans leur adolescence appartiennent à la catégorie des imbéciles. Viennent ensuite les idiots et après les simples arriérés. Toutefois, les moyens d'évaluation de l'âge mental qu'on emploie dans ce moment sont multiples et n'obéissent pas à un critère uniforme, ce qui ne permet pas une parfaite classification des oligophréniques.

DISCUSSION DES RAPPORTS DE PSYCHIATRIE JURIDIQUE

M. le Dr DIDE (de Toulouse).

La question préalable qui s'est posée aux éminents rapporteurs réside dans la définition de la débilité mentale. Il va sans dire que les défaillances de l'une des fonctions de l'esprit retentissent sur l'ensemble de la synthèse psychique. Mais, faut-il faire porter « l'accent » de la recherche sur l'un des éléments constitutifs, c'est-à-dire sur la faiblesse intellectuelle, la disharmonie active, l'incertitude affective ou, si l'on préfère, sur la critique rationnelle, la libre détermination ou l'intuition affective ?

Notre conception de la Psychogenèse diffère sensiblement de celle des psychanalystes ; pour nous il s'agit d'un phénomène phylogénique et ontogénique qui va des énergies inorganiques jusqu'aux gnosies abstraites et aux eupraxies de comportement.

Or, dans cette synthèse mouvante, nous pensons que les anomalies mentales, qui ne dépendent pas de lésions corticales grossières ou massives, proviennent d'un manque de solidité des infra-structures instinctives affectives et actives.

Si, en effet, nous avons qualifié avec Guiraud l'hébéphrénie *d'athymhormie* (défaut d'élan de l'âme viscérale) nous serions tenté de considérer la criminalité infantile surtout comme une *oligothymie*, qu'on nous pardonne ce néologisme. Cette conception rend compte de ce fait qu'il existe des criminels supérieurement doués intellectuellement, mais qu'on n'a jamais observé de criminels dotés d'un équilibre instinctivo-affectif parfait. Il explique également la criminalité des hystériques et des délirants.

Aux tests intellectuels il importe donc de joindre ceux de l'instinct de l'affectivité et de l'eurythmie. Je pense être tout à fait d'accord à cet égard avec MM. Vermeylen, Vervaeck entre autres. Je me suis attaché à la recherche de quelques tests de cet ordre.

Si nous entrons dans cette voie, nous apporterons à la médecine légale infantile et même à la médecine légale de l'adulte, un élément positif d'information et un progrès, à la fois à la morale sociale et à la défense effective des portions saines de l'humanité.

M. le Professeur MARINESCO (de Bucarest)

Je dois tout d'abord exprimer mes vifs remerciements à M. Heuyer d'avoir bien voulu m'attribuer la présidence de ce matin. C'est une tâche très commode : assis sur un fauteuil à écouter des rapports si intéressants, pour lesquels je félicite mes collègues, on met ainsi à contribution son cerveau. Sans doute la délinquance infantile n'est pas seulement une question purement psychologique mais elle relève aussi de la connaissance de la constitution et du tempérament,

qui peuvent nous expliquer les diverses formes de délinquance infantile. La constitution endocrine et ses nuances varient dans les divers cas de délinquance. A ce point de vue l'étude des jumeaux univitellins pourrait nous fournir des renseignements très précieux.

M. le Professeur VERMEYLEN (Belgique)

Je signalerai à M. le Pr Marinesco que Lange en Allemagne a fait un travail important sur « La délinquance comme destinée ». Dans ce travail il montre que dans deux groupes de jumeaux la délinquance se répartit de la manière suivante :

1° Parmi les jumeaux bivitellins on ne constate la délinquance des deux que dans un rapport qui n'est pas sensiblement différent de celui relevé chez les frères et sœurs, soit moins d'un quart des cas.

2° Parmi les jumeaux univitellins au contraire la délinquance des deux jumeaux est très fréquente et oscille aux environs des trois quarts des cas.

Cela prouve la complexité des causes de la délinquance et le fait qu'on ne peut rejeter délibérément aucun élément, qu'il soit biologique, psychologique ou social.

M. le Docteur WINTSCH (de Lausanne)

On a longtemps considéré les enfants délinquants comme des dévoyés. On admet maintenant que ce sont souvent des débiles mentaux. En tant que médecins nous devons encore voir parfois parmi les enfants délinquants des malades (syphilis cérébrale, encéphalite léthargique, équivalents épileptiques). Puis il a ce que les Anglais nomment le moral insanity, ce qu'on appelle maintenant les infantiles de l'affectivité ; ce sont souvent des hérédo-luétiques. Enfin n'oublions pas les enfants qui volent par trouble affectif et relèvent de la psychanalyse. Pronostic et traitement sont très différents selon le type plus ou moins pur auquel on a affaire.

M. le Docteur GREWEL (d'Amsterdam)

Permettez-moi de m'attarder quelques moments sur les problèmes qui nous occupent aujourd'hui : la délinquance juvénile, la débilité intellectuelle et leurs relations.

La délinquance est, comme le Dr Fontès nous le rappelle dans son intéressant rapport, une entité vague, flottante, variable selon la situation politique et économique.

Mais si cela est vrai, qu'est-ce que la délinquance infantile ? Moi qui m'occupe depuis des années de ces enfants, je ne sais toujours pas quel enfant est un délinquant.

Délinquant enfin : on a besoin d'un mot pour pouvoir discuter. Mais, en ce cas, délinquance est comme fièvre, « folie », « débilité » une étiquette provisoire, une première tentative de description.

Tels nous sommes, assez loin des Anciens, qui ne parlaient même pas, comme nous le faisons maintenant, de criminalité, et faisaient des distinctions : distinctions que la criminologie a toujours acceptées.

Il ne serait pas sage de parler des causes de « la folie » comme on le faisait autrefois.

On ne peut parler non plus, à mon avis, de relations d'une cause quelconque avec la « délinquance ». Nous ne pouvons pas confronter, mélanger toutes les formes de délits (vagabondage, vol, exhibitionisme, attentats aux mœurs, etc.) et trouver des facteurs communs pour elles. Par exemple chaque exhibitionniste est un névrotique. Les causes de sa névrose sont de tout autre ordre que celles qui amènent un écolier dans la pré-puberté à un vol romantique dans un jeu robinsonien.

S'il est vrai que les mécanismes qui mènent à différents types de délits peuvent parfois être les mêmes — je cite par exemple les délits de substitution que le Dr Healy a décrits il y a bien des années déjà — cela n'implique pas que les causes des différents délits, des différents groupes d'inculpations de la loi, soient toujours identiques.

Le premier pas à faire est de chercher les différents facteurs qui mènent à chaque type criminologique de délit.

Citons un exemple. Nos recherches nous montrent que les perturbations de la situation familiale sont beaucoup moins grandes que pour les autres délits. Pendant que 46% de nos garçons sortent de familles incomplètes, dissociées, pour les garçons coupables de délits sexuels, ce n'est que 26% des cas (un chiffre à peu près normal pour leur âge).

Chez eux, plus même que pour les autres délits, c'est surtout le 3e enfant de la famille qui commet le délit ; plus encore que chez nos autres garçons, (pour qui j'ai confirmé les données du Dr Postma chez les filles) ils appartiennent à la moitié aînée de la famille.

Donc les recherches sur les types de délinquants que la criminologie différencie depuis longtemps, nous montrent des relations dissemblables : ce qui veut dire que, pour les différents types de délits, les causes soient différentes.

Il sera nécessaire d'entreprendre une étude des relations de la débilité avec la criminalité pour les différents types de délits.

Venons-en maintenant à la débilité. Je n'ai pas la confiance que la plupart d'entre nous accordent aux tests. Il est vrai surtout que le Prof. Vermeylen nous a montré que la valeur des tests est différente dans les divers milieux sociaux ; donc qu'elle ne nous donne pas une échelle absolue, qu'elle n'est qu'une mesure relative. Mais il faut aller plus loin : Le Professeur Weygandt a formulé le premier, la conception de « Ve schro hsinn », débilité de misère. Et c'est précisément cette pseudo-débilité que, dans nos recherches à Amsterdam, nous avons rencontré de temps en temps, comme le Dr Querido l'a de son côté constatée chez les habitants d'un village de pauvres de cette ville.

Il existe donc une forme de pseudo-débilité dans certains cercles du bas prolétariat, par la misère durant des générations, qui tue l'initiative, fait disparaître la tradition des valeurs culturelles et morales, tradition que les parents transmettent d'ailleurs aux enfants. Je vous rappelle l'image sinistre des pauvres paysans de la Bruyère.

Il est très difficile, sinon impossible, de différencier cette pseudo-débilité (au commencement en tout cas) qui a laissé passer les périodes sensibles sans les employer.

M. de Lépinay, dans son rapport parle aussi de la débilité pure, de la fréquentation scolaire irrégulière. A côté de cette débilité par misère existe la débilité névrotique, suite d'inhibitions névrotiques. Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit ; elle joue aussi un rôle chez les enfants peu doués, chez les subnormaux de Burt ; et c'est le facteur névrotique qui en fait un si grave inconvénient.

Nous avons vu disparaître du reste cette incapacité d'apprendre, de même

que les difficultés des caractères (instabilité, par exemple) dans des milieux tranquilles, comme la neige sous le soleil.

M. Burt a cru reconnaître chez certains jeunes criminels un sens logique moins développé, et moi-même j'ai essayé de dresser un certain groupe à qui manquerait la faculté de corrélation, suivant le 3e principe de Spearman. Mais plus on avance dans la connaissance de ce sujet, plus on trouve que c'est souvent le manque d'entraînement, que ce sont souvent des inhibitions qui simulent des défects. On ne reconnaît pas toujours ce pseudo-débile.

Le grand Blaise Pascal a dit : « Pour avancer dans la connaissance de la vérité ce n'est pas la tête qu'il faut briser, c'est le cœur ». Eh bien ! pour avancer dans la connaissance de la psychologie du jeune délinquant ce n'est pas dans la tête qu'il faut chercher : c'est dans le cœur. Il faut chercher les influences normatives acquises, et le milieu social et familial.

A mon avis, on ferait mieux d'éviter le mot : délinquance juvénile, mais si on en parle, on doit admettre que ses relations avec la débilité (cet autre groupe hétérogène) sont minimes. Du reste, la plupart des débiles sont beaucoup plus honnêtes que les autres ; car, souvent, ils sont hypermoraux, parce que, pour eux, les règles sont absolues. Et cela corrige leur suggestibilité et leur manque de morale. Selon moi, la débilité est une cause plus grave de conceptions moralistes bornées que de délinquance.

Et, pourtant, j'ai trouvé que chez nos délinquants sexuels (qui pour le plus grand nombre viennent du pays et ne sont pas originaires des villes, comme la majorité des autres délinquants), on constate vraiment un pourcentage élevé de débiles mentaux.

Est-ce une contradiction ?

Pas du tout. On sait que les enfants du pays ont des expériences sexuelles précoces : c'est un fait ubiquitaire ; ce sont là les recherches de la pré-puberté et de la puberté, qu'on peut regarder comme étant du domaine de la physiologie et de la psychologie normales.

Si la morale, le juge ne sont pas d'accord, la jeunesse internationale est rusée : excepté les garçons débiles qui ne sont pas acceptés par les fillettes de leur âge et qui, ensuite, expérimentent avec les petites filles ; ou qui ne prennent pas les précautions nécessaires.

C'est ainsi que se montre une relation incontestable entre les délits sexuels et la débilité.

Les débiles sont ceux qui sont assez bêtes pour se laisser attraper. Confirmation du reste des idées de M. Healy sur ce point que ses remarques suffisent pour vous montrer que nous nous trouvons au commencement d'une science et que chaque terme dont nous nous servons, renferme des problèmes. C'est pourtant le commencement de la science de l'entant malade et excentrique.

M. le Docteur RENÉ DELLAERT (d'Anvers)

Puisque nous désirons combattre la délinquance infantile, c'est à juste titre que nous cherchons avant tout à connaître l'étiologie de cet état d'être.

Il est certain que nous avons tous une idée assez exacte de tous les facteurs étiologiques qui peuvent entrer en ligne de compte. La simple connaissance de ces facteurs malheureusement n'est pas suffisante pour approfondir la nature même du problème qui nous occupe. Nous savons en effet que la délinquance infantile n'est pas une résultante passive d'un nombre de facteurs, la délinquance infan-

tile au contraire est une réaction qui se produit par la mise en présence de quatre catégories de facteurs : héréditaires, sociaux, physiques et psychiques. Toujours, dans tous les cas, ces quatre sortes de facteurs se retrouvent ; d'ailleurs chez tous les enfants ces mêmes facteurs défavorables se retrouvent, mais, comme l'a prouvé le Prof. Burt, leur nombre est moins grand chez les enfants non-délinquants, que chez les enfants délinquants, et cela à peu près dans la proportion du tiers. On pourrait conclure que c'est le nombre de facteurs qui détermine la délinquance. C'est vrai en partie. Néanmoins ce n'est là qu'une explication statistique de l'étiologie de la délinquance. Dans chaque cas particulier, nous cherchons à graduer la valeur de ces facteurs, en facteurs principaux et secondaires, auxquels s'ajoute dans tous les cas un facteur déterminant. Ce dernier facteur déclenche à vrai dire la réaction psychologique, qu'est en réalité la délinquance de l'enfant. Dans chaque cas individuel nous pouvons comprendre la marche, le mécanisme de la réaction, et nous constatons, dans chaque cas particulier, que l'enfant n'est pas devenu un délinquant parce qu'un facteur est entré en cause, mais parce que, vu la présence déjà antérieure d'autres facteurs, il a été sensibilisé à la réaction, et n'a attendu que l'arrivée du facteur déterminant. Dès lors, il est compréhensible que la débilité mentale n'est qu'un des multiples facteurs possibles. A la suite des travaux du Dr Healy, l'influence de ce facteur est connu quant à son apparition statistique. Je me permets donc de douter qu'on pourra encore améliorer son œuvre, si l'on s'obstine à refaire uniquement des pourcentages d'apparition. Il faut reconnaître d'ailleurs, sans critiquer les rapporteurs de ce Congrès, que, de la façon dont ces pourcentages sont réalisés, nous nous faisons une science de fausses réalités ; en effet, nulle part le souci de correction statistique des erreurs possibles n'a été signalé.

Nous estimons donc que nous sommes arrêtés sur place.

Si, au contraire, nous voulons prendre une attitude digne vis-à-vis du problème, il faut que nous cherchions plus profondément pour découvrir des mécanismes plus généraux qui sont à la base de la réaction délinquante.

Si nous voulons connaître l'influence réelle de la débilité mentale sur la délinquance il faut chercher un système scientifique, autre que la statistique simpliste, pour y arriver. Je comprends par système scientifique dans ce cas, la façon classique de procéder en Psychologie expérimentale : Lorsqu'on veut reconnaître l'influence réelle d'un facteur sur un phénomène, qui dépend de plusieurs autres, il s'agit de trouver un artifice qui réalise la fixité de tous ces facteurs, en laissant varier uniquement le facteur à étudier.

Le système du Pr. Postma m'a paru excessivement intéressant à ce point de vue. Aussi, si l'on me permet, j'oserais émettre le vœu que ce système soit repris par d'autres auteurs, afin de chercher dans cette direction si l'on pourrait réussir à l'étendre, pour éliminer encore plus de facteurs variables que le Prof. Postma n'a pu le faire, et d'en arriver ainsi à connaître l'action réelle de certains facteurs, tels que la débilité mentale.

Tout est, évidemment, il faut bien le redire, de se mettre d'accord sur la signification de cette notion. A ce sujet, il nous paraît que l'œuvre du Prof. Weygandt pourrait être prise comme document de base.

M. le Docteur BRISSOT (de Paris)

Les différents rapporteurs ont envisagé d'une façon différente la notion de « débilité mentale ». Celle-ci, d'après eux, représente une déficience *quantitative* plus ou moins prononcée, tandis qu'elle n'est en réalité qu'un trouble *qualitatif*.

Le débile ne doit pas être confondu avec l'arriéré proprement dit, quoique le premier puisse être en même temps un déficient intellectuel.

La débilité mentale de l'enfant — à l'instar de ce qui se passe chez l'adulte — est caractérisée par les symptômes suivants : Manque de discernement — pauvreté de la logique — défaut d'adaptation sociale — instabilité et suggestibilité.

Il est peu fréquent de voir les oligophrènes (idiots, imbéciles, arriérés profonds) se livrer à des actes antisociaux qui attirent l'attention de l'autorité publique (exception faite des impulsions si fréquentes de l'imbécilité mentale). Ces actes antisociaux sont principalement le fait des débiles dont les fonctions de discernement et d'adaptabilité au milieu social sont troublées.

La révision du terme « débilité mentale » s'impose donc à l'heure actuelle, si l'on ne veut pas que les résultats des statistiques concernant la délinquance des enfants ou mineurs débiles soient faussés.

Communications de Psychiatrie juridique

LES STATISTIQUES DES MAISONS DE FRESNES ET LE PROBLÈME DE L'ENFANCE DÉLINQUANTE

PAR

le Docteur JACQUES ROUBINOVITCH
Chef du Service des Examens médico-psychologiques
au Tribunal pour Enfants et adultes de la Seine

La dernière statistique, celle de 1936, concernant les mineurs de la région parisienne, arrêtés et placés à Fresnes, offre une apparence rassurante : alors que le nombre de ces mineurs des deux sexes était, en 1935, de 503 (330 garçons, 175 filles), il n'était plus que de 349 (248 garçons, 101 filles) en l'année 1936. — C'est une diminution de 154 unités (82 garçons et 72 filles) une diminution de *trente pour cent* !...

N'est-ce qu'une apparence ? Et d'où provient cette baisse ? Les décrets-lois d'Octobre 1935 ont supprimé pour les mineurs de 18 ans le délit de vagabondage : un enfant, un adolescent, garçon ou fille, arrêté pour vagabondage, n'est plus considéré comme un coupable à emprisonner, mais comme un malheureux à assister. Aussi, est-il confié d'office, par une simple ordonnance du Président du Tribunal pour Enfants, à l'Assistance Publique. Là, il est maintenu jusqu'à ce que son cas soit tiré au clair aux divers points de vue : de son passé, de son état actuel, de ses aptitudes, de son orientation professionnelle possible, etc...

Dans la grande majorité des cas, les mineurs-vagabonds ont tiré de ces décrets un réel bienfait : au lieu de les repousser vers la zone des indésirables, la Société les a recueillis, s'est penchée sur leurs misères, a écouté leurs doléances, pansé leurs plaies physiques et morales, fait le bilan de leurs facultés et les a dirigés finalement au mieux de leurs intérêts individuels et collectifs...

La baisse de la délinquance infantile, dans la région parisienne, du moins, n'est donc pas une simple apparence, c'est une réalité, et une réalité extrêmement instructive...

***

En effet, quand on examine la liste des actes antisociaux des mineurs — garçons ou filles — d'après les statistiques de Fresnes des dernières dix années, quel est l'acte prédominant, celui qui motive le plus souvent une arrestation

de l'enfant et sa comparution devant un représentant de la police ou de la Justice ? C'est le vagabondage...

Avant les décrets-lois d'Octobre 1935, par exemple, en 1934, le vagabondage figurait au nombre de *92* pour 310 garçons et de *136* pour 172 filles : 30% pour les garçons, 79% pour les filles. Considérés alors tous comme délinquants, ils étaient envoyés administrativement et d'emblée à Fresnes : les garçons, à la Maison d'Éducation surveillée ; les filles, à l'École de préservation...

Depuis l'application des décrets-lois, les vagabonds *simples* échappent à la tare de la primo-délinquance. Et c'est un grand bienfait, un grand progrès, comme nous venons de le démontrer. Mais, en dehors de ces vagabonds *purs*, si on peut s'exprimer ainsi, il y a pas mal de mineurs arrêtés en 1936, également pour vagabondage, mais compliqué d'actes qu'il était impossible de ne pas considérer comme des délits ou des crimes : coups et blessures, vols, tentatives d'homicide volontaire, incendies volontaires, etc... La statistique de Fresnes pour 1936 est, à cet égard, également éloquente : sur les 248 garçons détenus, 58 (plus de 12%) et sur les 101 filles, 68 (68%), se trouvaient dans ce cas qui leur interdisait formellement le bénéfice des décrets-lois. Ce sont, pour l'immense majorité, des mineurs abandonnés moralement et physiquement, appartenant à des familles anormales (parents inconnus, séparés, divorcés), ayant vagabondé pendant longtemps et étant tombés dans la délinquance réelle, en quelque sorte secondaire, sous l'empire des causes les plus diverses, sur lesquelles nous ne pouvons guère insister ici. Mais ce qui est important à noter, c'est le fait qu'ils ont échappé à l'assistance sociale au moment des premières manifestations de leur conduite anormale : école buissonnière, fugue du domicile, etc... Il est plus que probable que recueillis par les pouvoirs publics AU DÉBUT de leur triste odyssée d'enfants négligés, maltraités et en danger moral évident, ce n'est pas à Fresnes, ni dans une autre institution pénitentiaire qu'on les aurait conduits : chacun d'eux aurait été traité en enfant de l'Assistance Publique normale : soigné, éduqué, orienté selon ses moyens biologiques et intellectuels..., comme le sont les petits vagabonds, grâce aux derniers décrets-lois.

***

On me dira : ce que vous dites-là n'est qu'une hypothèse, une vue de l'esprit, un rêve de prophylaxie criminelle...

Eh bien, non, c'est une idée qui résulte d'une double expérience médico-sociale pratiquée sous mes yeux : 1) par l'Œuvre de Jules Simon, le « Sauvetage de l'Enfance » ; 2) par l'Institut départemental d'Asnières. Depuis bientôt *cinquante ans* cette œuvre du « Sauvetage » a recueilli des milliers de ces mineurs au seuil de la délinquance, tous victimes de foyers sordides au physique, comme au moral, foyers où sévit le fameux complexe : *taudis-éthyl-bacille-tréponème*. Chaque année, l'Œuvre publie sa statistique et, jusqu'à présent, on n'y trouve signalé *aucun cas* de délinquance de mineurs de 18 ans, qu'il s'agisse de garçons ou de filles, à partir du moment de leur adoption *définitive*.

L'autre expérience se poursuit depuis vingt ans à l'Institut de Perfectionnement d'Asnières, œuvre départementale, créée par le Conseil Général de la Seine. On y reçoit des garçons et des filles déficients, intellectuellement retardés, instables, extrêmement suggestibles, faciles à se laisser entrainer à la délinquance...

A l'heure actuelle, le pourcentage des délinquants parmi les arriérés et ins-

tables éduqués, munis d'un métier et sortis de l'Institut, est inférieur à 1 %... Ce résultat est d'autant plus frappant qu'on sait combien la débilité et l'instabilité mentales sont fréquentes chez les mineurs de Fresnes : en 1933, Fresnes a hébergé 680 mineurs de 18 ans (garçons et filles), arrêtés pour délits et crimes divers : la proportion de déficients psychiques établie par un examen médico-psychologique compétent oscillait *entre 70 et 80 %*...

N'est-il pas logique d'en tirer cette conclusion : On les aurait élevés en temps opportun dans une école de perfectionnement, dans le genre de celle d'Asnières, on n'aurait pas été obligé de leur infliger une détention pénitentiaire...

Le problème de la délinquance infantile, tout en étant très complexe, n'est pourtant pas insoluble.

Et parmi les moyens susceptibles d'aider efficacement à sa solution, trois me paraissent indiqués par ce qu'on vient de lire : application précoce et large des décrets-lois sur le vagabondage des enfants et leur fréquentation scolaire irrégulière ou nulle ; étroite entente de la *Justice* avec l'*Assistance Publique* et les *Œuvres privées* pour l'accueil et l'examen biologique complet des mineurs de cet ordre ; liaison immédiate avec l'*Education Nationale* pour l'instruction et l'adaptation sociale des mineurs recueillis. La *Coordination effective* des efforts de ces quatre Puissances Sociales doit pouvoir réaliser une solution heureuse du problème de la délinquance infantile et juvénile.

LA PSYCHOGENÈSE DE L'ENFANT CRIMINEL

PAR

M. le Docteur FORTANNIER (de Leyde)

Il est impossible de donner, en un court laps de temps, un aperçu des moments qui s'engrènent et s'influencent et qui finalement peuvent conduire à l'acte criminel. Cela n'empêche pas que dans cet ordre d'idées on puisse démontrer quelques troubles premiers dans la courbe du développement de l'enfant criminel sous le rapport psychologique, d'une importance essentielle.

Chez presque tous les enfants criminels on se heurte, quand on fait de plus amples recherches, à un développement défectueux des sentiments sociaux, lequel développement défectueux est le résultat d'une interruption du développement de la vie affective supérieure. Or, on peut considérer cette interruption comme une suite d'un manque de puissance d'intégration, soit que cette insuffisance de faculté d'intégration repose sur une impuissance innée ou acquise, soit que des moments psychogènes entravent ou rendent inactif le développement de la faculté d'intégration.

On suppose une insuffisance de cette faculté dans les cas de débilité plus ou moins sérieuse. Dans les processus psychopathiques, au sens étroit du mot, il faut attribuer un rôle important à la dite interruption. En outre on peut voir survenir aussi cette interruption comme suite à des maladies exogènes, p. e. l'encéphalite, où l'on remarque bien souvent un décroissement des sentiments sociaux.

A côté des susdits groupes d'enfants criminels, chez qui l'on suppose une insuffisance ou un anéantissement de la faculté d'intégration, on trouve un très grand nombre d'enfants chez qui des moments psychogènes, agissant défavorablement, entravent plus ou moins dans son développement cette faculté d'intégration.

Dans le développement du jeune enfant les passions primitives égoïstes et érotiques sont peu à peu domptées sous l'influence de la fonction de la conscience naissante. Pour cela il faut qu'il se présente une identification avec les objets du plus proche entourage de l'individu grandissant, auquel fait on pourrait donner le nom d'introjection. Ce processus fait naître dans la personnalité un certain noyau, qui peut servir de base au développement de la fonction de la conscience.

La faculté d'identification, par laquelle les propriétés de cet objet sont en partie plus ou moins grande empruntées temporairement ou pour toujours, présente à l'individu la possibilité de s'associer, de s'adapter à un rapport collectif.

Si dans le processus de l'introjection la seule assimilation est d'une signification essentielle, dans l'identification on voit déjà se présenter, à côté de l'emprunt, aussi une association, par conséquent une action réciproque entre l'individu et le monde extérieur

Dans les antécédents de l'enfant criminel on est frappé fréquemment par différents symptômes qui prouvent qu'une identification harmonieuse a été impossible ou n'a été possible que très imparfaitement. La négligence dans l'éducation, s'exprimant en punitions déraisonnables et inconséquentes, en interventions arbitraires, en impulsions fort ambivalentes des pédagogues à l'égard de l'enfant, en interventions non motivées et incompréhensibles pour l'enfant, qui n'a pas senti ses actions comme injustes, alternées par des périodes de liberté et de licence, font naître des sentiments de désillusion, de déception, de rancune, de haine et d'angoisse. Le changement subit aussi dans la constellation d'une famille par la mort ou le départ d'un des parents, l'apparition d'un remplaçant, qui à sa manière va se charger de l'éducation, a le plus souvent une signification pathogène qu'il ne faut pas négliger. Il va presque sans dire qu'on saurait à peine éviter la formation d'identifications injustes dans des milieux où se rencontrent l'alcoolisme, la débauche sexuelle et d'autres vices ou dans lesquels existe une conception de la vie asociale ou antisociale avec une morale qui s'y est adaptée.

Aussi chez de pareils enfants on peut constater que les actes criminels proviennent le plus souvent de motifs de vengeance s'enracinant profondément dans l'âme en rapport avec des désirs primitifs, égoïstes ou érotiques et y trouvent leur source. Aussi l'acte criminel sert à donner une solution à certaines tensions, même sous une forme antisociale.

Mais des sentiments de culpabilité aussi, comme suites à des penchants agressifs et érotiques supprimés, qui se présentent le plus souvent dans un système d'éducation où la gâterie et l'amollissement prédominent fort poussent bien souvent les enfants à provoquer inconsciemment une punition par un acte criminel.

Par conséquent on voit que, par un développement discordant de la fonction de la conscience, celle-ci se développe insuffisamment, ce qui entraîne un empire insuffisant des penchants et désirs primitifs et qui se déchargent alors d'une façon symbolique en un acte criminel.

L'acte criminel acquiert alors le sens d'une réaction compensatoire et perverse, avec quoi on exprime en même temps que par l'interruption antérieure du développement de la faculté d'identification de la faculté de compensation (s'exprimant e. a. dans la faculté de sublimation) est déroutée défavorablement et détournée de son but. Puisque au lieu du développement des efforts ajustés pour le perfectionnement des sentiments sociaux sous l'influence de l'activité de la faculté de compensation, il se produit chez l'enfant criminel une déformation de cette faculté sous l'influence des dits psychismes discordants et fragmentaires identificatoires.

Comme troisième fonction, influencée défavorablement par les événements antérieurs, il faut encore s'arrêter à la faculté de régularisation. Elle sert au maintien et au rétablissement d'un équilibre, mais elle se propose en outre l'adaptation de l'individu aux exigences de la vie et comme telle elle est une partie importante de la faculté d'intégration. Sans en dire davantage il sera évident que par les dites interruptions de la faculté d'identification et de compensation la faculté de régularisation chez l'enfant criminel est privée de ses principaux éléments ou que ceux-ci sont d'une qualité si inférieure qu'un bon développement de cette fonction ne peut pas avoir lieu.

Le but de cet exposé se trouve dans le fait que par suite des différents psychismes chez l'enfant criminel le développement des trois fonctions de l'esprit, savoir la faculté d'identification, celle de compensation et celle de régularisation sont influencées défavorablement et que par là faculté d'intégration, la quatrième et la plus différenciée des fonctions de l'esprit, est privée de l'occasion de se déployer.

NOTE SUR LA DISPERSION DANS L'ÉCHELLE D'INTELLIGENCE PINTNER-PATERSON

(Adultes et enfants délinquants)

PAR

MM. les Drs G. PREDA - S. CUPCEA

En examinant un individu avec une des échelles d'intelligence, nous constatons qu'il ne réussit pas d'avoir le même état mental dans tous les tests : dans certains tests il réussit mieux, dans d'autres moins. Cette irrégularité dans la résolution des tests s'appelle dispersion (en anglais : scatter). Binet et Simon qui ont remarqué cette dispersion, constatent qu'elle s'accentue chez les enfants défectifs. Nous avons cherché à étudier la valeur symptomatique de la dispersion avec d'autres tests que ceux de Binet-Simon comparant les enfants normaux et délinquants avec les adultes malades mentaux.

Dans ce but, nous avons utilisé l'échelle de tests de performance Pintner et Paterson (Maison Stoelting Chicago) avec l'instruction et l'étalon donné par ces auteurs. Comme méthode pour calculer la dispersion, nous avons utilisé la formule de déviation moyenne (écart moyen ; mean deviation) en calculant la différence d'entre l'état mental du sujet et la valeur individuelle, obtenue à chaque test à part, (indifféremment du signe) et en faisant la moyenne arithmétique de ces différences exprimées dans les années mentales [1].

Pour comparer la dispersion présentée par les enfants délinquants avec celle présentée par les adultes anormaux, nous donnons les résultats obtenus sur 122 malades mentaux :

	Écart moyen (Échelle Pintner Paterson)
Psychonévrotiques	0,98
Conditions cyclotimiques	1,00
Oligophréniques !	1,62
Conditions paranoïdes	1,72
Epilepsie	1,77
Paralysie générale progressive	2,07
Démence sénile	2,36
Schizophrénie ! [2]	2,38

1. Aux tests avec deux cotes (temps et erreurs) nous avons calculé la déviation de chaque cote. Le fait que plusieurs tests de cette échelle n'ont pas de valeur progressive pour tous les états mentaux, diminue beaucoup la valeur et la précision de notre calcul.

2. Il est intéressant de noter que la très grande dispersion à l'échelle Pintner et Paterson est un signe caractéristique dans la schizophrénie. Ce fait a été de même remarqué avec les tests Binet-Simon par G. Heuyer et Le Guillant, dont les résultats ont été confirmés par nous.

Examinant 42 enfants normaux et 48 enfants délinquants entre 9-15 ans, avec la même échelle de performance et en calculant la dispersion avec la même méthode, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Écart moyen (Échelle Pintner-Paterson)
Les enfants non-délinquants (normaux)	1,02
Les enfants délinquants	1,68

Ces dates nous montrent que la dispersion, la variabilité dans l'exécution du test d'intelligence Pintner-Paterson, est plus grande chez les normaux. Cette variabilité, quoique significative, n'est pas aussi grande pour que nous la considérions pathognomique dans les états délinquants.

Il est intéressant que le coefficient de variation moyenne de 1,68 obtenu par les enfants délinquants, est proche chez les adultes du groupe oligophrénique (1,62) des paranoïdes (1,71) et des épileptiques (1,77). Or, les conditions mentales sont généralement considérées comme ayant une importance particulière dans l'étiologie des actes anti-sociaux infantiles et juvéniles.

Nous avons cherché à établir si cette dispersion est due, à « un développement inégal et imparfait » comme l'affirment Binet et Simon, ou bien elle est due à une instabilité de l'émotivité et de l'attention.

a) Nous avons réexaminé 28 enfants normaux et délinquants avec les mêmes méthodes et nous avons calculé le coefficient de corrélation entre la valeur de dispersion au premier et second examen. Le coefficient de corrélation obtenu par la formule de Spearman a été de + 0,53. Ce coefficient nous montre que la dispersion est une caractéristique plus ou moins constante de ces individus examinés.

b) La dispersion chez les enfants délinquants est caractérisée par l'infériorité dans l'exécution du test de complétement d'images de Healy (Healy Pictorial Coplection I) et de Cube-test. (En ce qui regarde le test de complétement d'images, les mêmes résultats ont été obtenus par P. Dellaert). Cette insuffisance est constante et nous l'avons trouvée aussi chez les malades mentaux.

CONCLUSION

1) Les enfants délinquants que nous avons examinés ont présenté une plus grande dispersion dans les tests Pintner et Paterson que les enfants non délinquants.

2) Cette dispersion s'approche numériquement de la dispersion du groupe des oligophréniques, paranoïdes et épileptiques adultes.

3) La dispersion est due non seulement à une instabilité de l'émotivité et de l'attention, mais aussi à une *incapacité mentale*.

4) Les sujets, qui au premier examen ont eu une grande dispersion, ont de même une tendance à donner une grande dispersion au second examen.

5) Chez les enfants délinquants comme chez les malades mentaux adultes (spécialement chez ceux avec des syndromes démentiaux et schizoïdes) nous trouvons une exécution inférieure à leur âge mental, du test de complétement d'images de Healy et souvent du Cube-test.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie générale du problème se trouve dans :

HARRIS A. J. and SHAKOOD. The clinical significance of numerical measures of scatter on the Stanford-Binet.
Psychological Bulletin 34. N° 3 March 1937
p. 134-150.

En dehors des travaux contenus dans cette bibliographie, j'ai utilisé :

DELLAERT R. : L'intelligence des anormaux du caractère.
L'année psych. 34. 1933. p. 200-216.

HEUYER G. et LE GUILLANT. Recherches sur l'affaiblissement intellectuel fondamental dans la démence précoce.
Ann. méd.-psych. XVI. I. 1932, p. 200-268.

PINTNER R. and PATERSON D. S. A scale of performance tests.
New-York-London-Appleton 1921.

PREDA G., - STOENESCU T., - CUPCEA S. : Contributions à l'étude psychologique de la démence.
Bull. de l'Hôp. de mal. mentales Sibiu 1935. p. 17-24.

INFLUENCE DE LA DÉBILITÉ SUR LE CARACTÈRE ET PAR CELA MÊME SUR LES FACULTÉS D'ASSIMILATION SOCIALE DE L'INDIVIDU

PAR

M. JOHS NORVIG (Birkerod)

Si on évalue le nombre des faibles d'esprit dans un pays à dix pour mille, le Danemark avec ses 3 millions et demi d'habitants en aura environ 35.000, dont la plupart appartiennent au groupe des débiles. La limitation de la faiblesse intellectuelle est entreprise d'après un examen psychiâtrique ordinaire, suivi d'un examen d'intelligence. L'examen d'intelligence a lieu par la méthode B—S, standardisée sur les enfants danois. Le quotient 75 est la limite extrême de la faiblesse d'esprit. De 55 à 75, nous avons les débiles. Il n'est pas nécessaire ici de décrire la débilité. Au Danemark, une grande partie de ces enfants est instruite dans les cadres des écoles ordinaires, à la campagne souvent dans les classes d'enfants normalement doués, dans les villes dans des classes auxiliaires ou dans des asiles. A part des difficultés d'enseignement, le plus grand nombre de ces enfants ne causent pas de plus sérieuses difficultés à l'école. En revanche, pour une grande partie de ces enfants faiblement doués, les difficultés sérieuses commencent très vite après la 14me année, au moment de la puberté. Le jeune débile sera vite socialement dévoyé, le jeune homme commencera à vagabonder et à commettre des délits, et la jeune fille sera souvent sexuellement débauchée. L'instabilité psychique, qui est une conséquence de la puberté chez les débiles, dure souvent, interrompue de périodes d'équilibre, jusqu'à la 20me ou 21me année. Dans toute cette période, l'adolescent se conduira d'une façon plus ou moins asociale. Aucun traitement ni aucun milieu, si excellent qu'il soit, ne peut changer cette évolution et rendre le débile socialement utile, pendant la puberté. Ce simple fait physiologique et psychiatrique est, et a surtout été, très difficile à faire comprendre aux parents et aux pédagogues. Par cette raison, chaque bonne période a été utilisée antérieurement pour essayer de placer de nouveau le jeune débile, avec le même malheureux résultat. Une telle expérience n'a pas lieu impunément, car personne n'est aussi vite contaminé par un milieu qu'un débile. S'il s'est d'abord conduit quelquefois d'une manière asociale, s'il a éventuellement commis des délits, un traitement, même durable et habilement appliqué, aura de la peine à le rendre socialement valable. Aussi doit-on s'emparer du jeune débile dès qu'on aperçoit des premières manifestations de la puberté, pour chercher ensuite à le placer de telle sorte que le traitement psychiatrique puisse être appliqué

jusqu'à ce que le médecin spécial estime que la puberté est passée. Au Danemark, ceci a lieu en confiant le débile à l'assistance aux faibles d'esprit.

Cette assistance est partagée en deux groupes, dont l'un comprend toutes les îles danoises, avec une population s'élevant à 2 millions environ.

Ici, il se trouve actuellement environ 5.000 faibles d'esprit, partie dans des établissements, partie confiée à des familles. Ce nombre s'accroît constamment, particulièrement par l'affluence des débiles. C'est surtout dû à ce fait que l'assistance aux faibles d'esprit a fait, dans ces dernières dix années, une grande propagande pour renseigner les parties intéressées.

Il est naturel de commencer par orienter les instituteurs des écoles publiques.

Ensuite, on a cherché à donner une notion exacte de la débilité à l'Assistance aux enfants. L'assistance aux enfants, au Danemark, est l'autorité qui prend l'affaire en mains aussitôt que les parents ne sont plus capables de se charger de l'éducation, dès que le jeune débile montre un penchant à une conduite asociale. Par des conférences et des articles de journaux on a réussi à entrer en communication avec les Assistances aux enfants, qui par la suite ont si bien compris ces difficiles problèmes, que presque dans tous les cas, elles s'adressent à l'Assistance aux faibles d'esprit quand il est question de débiles. Dans presque toutes les communes de Danemark on trouve une infirmière dite infirmière communale qui, sur l'ordre du médecin, se charge du soin des malades qui n'ont pas besoin du traitement de l'hôpital. Ces infirmières connaissent pour ainsi dire chaque famille dans leur propre district ; aussi sont-elles de grande importance quand elles sont exactement orientées pour pouvoir désigner les débiles. Et enfin, et cela n'a pas une moindre importance, l'orientation de la justice, et particulièrement des représentants de la partie publique, a été d'une grande importance, car la justice a montré beaucoup d'empressement à renvoyer d'accusation les jeunes débiles déjà la première fois qu'ils commettent des délits à condition qu'ils se soumettent aux soins de l'assistance aux faibles d'esprit.

Le résultat de ce travail de renseignement par les voies ci-indiquées se distingue le mieux en examinant dans les établissements les entrées et les sorties des jeunes débiles pendant ces dernières dix années. Je choisis un établissement de 1.100 places. Les entrées et les sorties ont augmenté assez régulièrement dans les années écoulées, de 10 environ par an à 300 en 1936. La cause de l'inscription du débile est, dans presque 100 % des cas, une conduite plus ou moins asociale : fréquents changements de places, vagabondage, mendicité, vols plus ou moins graves, actes contre les mœurs et, plus rarement, incendie volontaire. Ces jeunes gens n'ont pour ainsi dire jamais montré un caractère difficile dans leur enfance. Le dérèglement social n'est donc pas du tout l'expression d'un défaut de caractère, mais probablement une suite du manque de résistance, chez le débile, aux impulsions que donne la puberté.

Les premiers temps que ces jeunes débiles sont entrés dans l'établissement, ils se tiennent généralement tranquilles et travaillent avec application. Mais un beau jour une explosion se produit soit après un événement extérieur insignifiant, soit sans occasion apparente. Le résultat peut être le refus de travailler, des tentatives d'évasion ou un trouble psychomoteur plus ou moins fort.

Dans les premières années après le commencement de la puberté de telles périodes de déséquilibre se produisent à des semaines ou des mois d'intervalle en tout cas plusieurs fois par an. A mesure que nous nous approchons de la 19me à la 21me année, les périodes de trouble deviennent de plus en plus rares pour disparaître complètement à la fin. On compte alors que la puberté est

passée. Le débile est en plein équilibre mental et, des anomalies psychiques, ne restent que les faibles facultés. A l'établissement, entre les périodes de trouble, on a essayé d'instruire et de former l'adolescent le mieux possible, de sorte que maintenant il peut sortir et ensuite se débrouiller lui-même partiellement ou entièrement. Avant la sortie, dans la plupart des cas, le débile devra être stérilisé. A la sortie, le débile se rend presque toujours dans une famille choisie par l'établissement.

Il n'y a aucun doute que si le jeune débile, déséquilibré par la puberté, reste dans la société, il continuera à se conduire d'une façon asociale comme il l'a souvent fait après la 14me année. Si on le punit, il sera rapidement contaminé par le milieu et en deviendra asocial pour toujours. Si on le confie à des pédagogues, le résultat sera souvent, qu'on lui confie un emploi après un temps assez long de bonne conduite. De cette manière aussi, pendant la puberté, par plusieurs essais mal réussis de placer le débile, on aboutit à la contagion du milieu et à l'asocialité. Un examen montrera alors aussi que le résultat du traitement par la punition ou par des moyens pédagogiques a été négatif. Au contraire, le résultat du traitement psychiatrique, qui ne cesse pas avant que la puberté soit passée, se montre heureux, car pour ainsi dire tous les débiles traités ainsi se débrouillent le reste de la vie dans les cadres normaux de la société.

Si on examine les pires récidivistes dans les prisons, les prostituées et les chômeurs chroniques, on trouve un très grand nombre de débiles. Des recherches attentives montrent souvent que le premier dérèglement ou la première conduite asociale se produisent dans la puberté. Une compréhension incomplète de l'état psychique et un traitement mal approprié forment ensuite l'individu asocial chronique. Comme les chiffres dont il s'agit sont très élevés, je crois qu'ici l'intervention du psychiatre produira des résultats d'une importance également considérable pour l'individu et pour la société.

C'est quelquefois un avantage d'appartenir à un petit pays. Si j'ai pu indiquer ici, si nettement, les résultats du traitement logique des jeunes débiles, c'est surtout, me semble-t-il, parce que dans certains cas, on peut plus rapidement mettre quelque chose de nouveau en marche dans un petit pays, et qu'on peut aussi se rendre plus facilement compte du résultat. C'est pourquoi j'ai pensé que les renseignements que j'ai produits ici pouvaient présenter quelque intérêt.

SITUATION LÉGALE DES DÉBILES MENTAUX EN ARGENTINE

PAR

le Docteur José BELBEY
Professeur titulaire de Médecine légale à l'Université de La Plata
(République Argentine)

Dans une autre communication présentée à ce même Congrès, en me rapportant à la Débilité Mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile, je me suis étendu tout exprès — puisque ce qu'on dira dans ce débat doit être orientateur pour qui voudra traiter à nouveau ce sujet — sur les diverses définitions et portées du terme « débilité mentale ».

Nous savons déjà que c'est un état d'insuffisance psychique, congénital ou acquis peu après la naissance, qui empêche le développement complet de l'individu, le laissant dans un état intermédiaire entre l'imbécile et l'homme normal. Ceci empêche sa complète éducation et, bien des fois, l'adaptation normale aux exigences du milieu. Il va parfois jusqu'au délit, peu de fois spontanément, presque toujours conduit par suggestion étrangère, d'autres fois, il est victime de délits. Quelle est la situation de ces *incomplets psychiques* en face des lois civiles et pénales ? C'est ce que je vais exposer dans cette brève communication, destinée surtout à informer Messieurs les Congressistes sur l'interprétation de ce problème (bien ou mal interprété) dans mon pays.

La formule juridique argentine touchant les débiles mentaux est : sous la loi civile, ils sont capables ; sous la loi pénale, responsables, imputables, donc punissables, pourvu qu'ils aient plus de 14 ans. Avant cet âge, ils ne sont pas punissables, qu'ils soient normaux ou anormaux, et ils n'ont pas de droits, ils sont considérés comme incapables par leur non-maturité. (La femme normale a le droit de se marier à 12 ans, l'homme seulement à 14). Ce qui veut dire que, tout en étant des débiles mentaux, ils ne sont pas privés des droits civils que la loi accorde aux normaux et qu'ils ne bénéficient pas des exemptions de peine que la loi considère dans les cas de maladies mentales et autres circonstances.

I. — MINEURS.

L'article 36 de notre Code Pénal dit : N'est pas punissable le mineur de 14 ans. Si des circonstances, des causes et des conditions personnelles de l'enfant ou de ses parents, tuteurs ou gardiens, il résultait qu'il est dangereux de le laisser

sous leur surveillance, le Tribunal ordonnera son placement dans un établissement destiné à la correction des mineurs, jusqu'à ce qu'il arrive à l'âge de 18 ans. Le placement pourra être anticipé par une résolution judiciaire si on a, par avance, justifié la bonne conduite du mineur et de ses parents ou gardiens.

Si la conduite du mineur, dans l'établissement où il est placé, donnait lieu de supposer qu'il s'agit d'un sujet perverti ou dangereux, le Tribunal pourra, après les vérifications nécessaires, prolonger son séjour jusqu'à ses vingt et un ans.

Si le mineur délinquant avait plus de 14 ans et moins de 18, on observera ces règles : Si le délit avait une peine qui puisse donner lieu à la condamnation conditionnelle, on pourra placer le mineur dans un établissement correctionnel s'il y avait un inconvénient ou s'il était dangereux de le laisser au pouvoir de ses parents, tuteurs ou gardiens. La liberté peut s'obtenir avant les 21 ans ou être retardée jusqu'au maximum si l'importance du danger que fait courir le sujet l'exige, ainsi que les conditions montrées à l'internat.

On déclare, dans l'article 38, que le mineur qui n'a pas 18 ans ne peut être déclaré récidiviste. Ceci a de la valeur car nous savons déjà que la délinquance chez les mineurs a des racines et des caractéristiques différentes de chez l'adulte. Naturellement, la récidivité est un facteur dont on doit tenir compte pour l'étude et le traitement en dépendant. Nous ne devons jamais oublier que l'enfance et la jeunesse ne sont que des étapes dans le développement de l'homme et qu'elles peuvent et doivent être suppléées. Il convient donc que les législations contemplent cette situation, afin de ne pas empêcher l'amélioration des anormaux ou leur adaptation à une vie correcte sans porter sur eux, comme un poids perpétuel, leur mauvaise conduite passée. Le Tribunal peut priver les parents de la patria -protestad, ainsi que les tuteurs de leur tutelle, lorsque le mineur aura contrevenu à la loi, en ayant toujours pour but, purement et exclusivement « le développement moral et éducatif de celui-ci ».

Nous avons une loi (Nº 10, 903) qui a rapport au Patronat des mineurs. Dans cette loi, sanctionnée en 1919, on considère uniquement la situation des mineurs *accusés de délits* ou *victimes de délits*. Ce n'est donc pas une loi de prophylaxie, mais de protection. Elle ne considère pas la situation du mineur (et il est si facile de le faire sans endommager ses droits qu'il n'a pas encore acquis) dans l'état dangereux, c'est-à-dire comme pensait GRISPIGNI, lorsqu'il existe la plus grande probabilité qu'il commette un délit ou qu'il en soit victime. Les débiles mentaux pourraient ainsi être dépistés et séparés, par l'autorité de la loi, comme l'expression des besoins et des exigences sociales. Cette loi autorise les juges d'instruction à disposer, par avance des mineurs délinquants ou victimes de délits, en les remettant à une personne honnête ou à un établissement privé ou public. Quoique ce mineur soit sursis, provisoirement ou définitivement, ou bien absous, s'il a été victime d'un délit, les juges peuvent en disposer jusqu'à 21 ans si ce mineur se trouve abandonné matériellement ou moralement. Ces mêmes juges peuvent imposer des amendes aux parents, tuteurs ou gardiens du mineur lorsque ceux-ci seront coupables de mauvais traitements, de négligence grave continuelle envers le mineur à leur charge et, bien entendu, lorsque ces faits ne comprendront pas des délits considérés par le Code Pénal.

Il est intéressant de connaître, et pour cela je le transcris intégralement, l'article 21 de la loi qui explique ce que l'on entend par abandon matériel ou moral, ou danger moral : « L'incitation du mineur à l'exécution d'actes préjudiciables à sa santé physique ou morale, faite par les parents, tuteurs ou gardiens ; la mendicité ou le vagabondage du mineur, sa fréquentation en des endroits immoraux ou de jeux ou avec des voleurs, des individus vicieux, de

mauvaise vie, ou le mineur qui, ayant atteint ses 18 ans, vend des journaux, des publications ou objets de n'importe quel genre, dans les rues ou endroits publics, ou lorsque, dans ces mêmes endroits, ils exercent des métiers, loin de la surveillance de ses parents ou gardiens, ou lorsqu'il sera occupé à des métiers ou emplois nuisibles à la morale ou à la santé ».

Ce serait idéal de pouvoir tenir compte, dans la pratique, afin de pouvoir agir efficacement, de ces termes de la loi qui, comme il arrive si souvent, ne sont pas observés ou à peine. Nous voyons encore ainsi des mineurs en parfait état d'*abandon matériel ou moral* ou en *constant danger moral*, sans que les autorités s'en préoccupent et, parmi eux, comme nous l'apprenons par les statistiques, une grande quantité de débiles mentaux.

La loi ordonne ensuite, que le Pouvoir Exécutif présente un plan général pour la construction, dans la capitale et dans les provinces et territoires nationaux, d'écoles pour ces mineurs, ainsi que de locaux pour la détention préventive et la construction de « Reformatorios ». On établit que, dans ces institutions, il y régira le travail d'ateliers et d'agriculture, les considérant de grande valeur éducative ; les mineurs seront bénéficiaires du produit de leur travail-apprentissages. Les statuts seront ceux des Colonies écoles et des Colonies de réformation.

Dans une esquisse d'ensemble que j'ai présentée à la XIIe réunion de la Société de Protection de l'Enfance, récemment réunie à Paris, j'ai montré un panorama des principales institutions qui se chargent, en Argentine, pour le compte de l'État ou de particuliers, de prendre les mineurs avec le but de les rééduquer et de les rendre sains à la Société.

Je crois que peu de tâches seront plus agréables que celle-ci. Nous avons tous l'impérieux devoir de faire, dans notre pays, le maximum d'efforts pour l'avènement d'une humanité meilleure, et l'on obtiendra quelque chose en travaillant dans l'argile malléable de l'enfant.

J'insiste sur ce qu'on doit contempler le problème dans son ensemble, en faisant abstraction, comme le conseillait VERVAEK, de tout ce que nous savions avant et de tous nos préjugés d'ordre légal, actuel, et de nature affective.

Une législation préventive est nécessaire. C'est ce que poursuivait mon distingué ami, le célèbre spécialiste espagnol en matières pénales : Gimenez de ASUA ; le Code Pénal préventif. Nous devons l'appliquer à l'enfant et faire le Code préventif de l'enfant. Et ne pas cesser de penser, bien que cela nous déplaise, que, en plus de ce que disait Ellen KAY : « Ce siècle est celui de l'enfant », nous devons affirmer : *Le droit de l'enfant doit être par-dessus celui des aînés*. Le droit des parents doit se terminer là où commence le droit des enfants. L'enfant a-t-il le droit, oui ou non, et pour être incapable dans sa représentation, l'État, de réclamer pour son éducation, son soin, son traitement, son avenir ? A-t-il le droit, oui ou non, de devenir un honnête homme et utile ? A-t-il oui ou non droit à la santé physique et à la santé morale ? En vertu de quels grands principes, dans nos sociétés actuelles (et tel un ancien reste des vieux droits patriarcaux sur les vies et les hommes) des parents incultes, incapables par faiblesse de volonté, sans aucune autorité morale ou sans ressources suffisantes, ont-ils le droit de frustrer l'existence de leurs enfants ?

Et n'oublions pas une autre grande vérité : Les enfants sont fils de leurs parents un temps très court ; ensuite, ils le sont de la Société.

Et la Société doit, aveuglément, tranquillement, passivement, recevoir ce fils tel qu'on le lui a fait, sans pouvoir opiner, sans qu'elle puisse exercer, elle aussi, par égoïsme propre, une action préventive contre des maux que, peut-être, il est trop tard pour guérir.

Je soumets à la méditation de Messieurs les Congressistes ces questions :

1° — Le droit des enfants doit primer sur celui des parents ;

2° — La Société a aussi le droit de surveiller les mineurs qui, déjà grands, lui seront remis.

3° — Les mauvaises conditions économiques étant la base principale de la délinquance, en général, et de celle infantile et juvénile, en particulier, quelle méthode préventive peut-on réaliser pour éviter la grave maladie mentale ou le délit ? Sera-t-il permis à la société qui accepte cet état de choses (la *paupérisation* d'un grand secteur de l'humanité) d'agir contre ces parents pour le seul motif qu'ils n'ont pas de moyens suffisants pour éviter eux-mêmes les terribles résultats de leur mal économique ?

Ne serait-ce pas le cas de conseiller comme *Catherine de Russie* et beaucoup de penseurs actuels, qui défendent le droit de l'État de se charger de *tous* les enfants dès leurs premières années.

Ce sont ces problèmes que je n'ose encore affronter. Ils sont trop graves. Pensons et sentons.

Dans ce cas, pensons davantage à la Société et à l'Avenir et sentons moins la douleur limitée des parents.

II. — ADULTES.

Situation égale à celle de tous les demi-aliénés. Il n'y a pas de demi-capacité ni de demi-responsabilité ou de responsabilité atténuée. On est ici sain ou aliéné, capable et responsable ou incapable et irresponsable.

Nous ne devons pas parler de responsabilité absolue ou atténuée, discussion abandonnée déjà parce qu'elle n'intéresse pas en face de la conception moderne de l'état dangereux. Dans le cas des débiles mentaux, ceux-ci peuvent être aussi ou plus dangereux que les vrais aliénés. Donc, la peine qui correspond au délit ne doit pas avoir la même portée si celui qui le commet est un normal ou un anormal. Que celui-ci soit un anormal aliéné ou un demi-aliéné, cela nous intéresse peu pour nous préoccuper de sa séparation de la Société, pour un temps déterminé seulement par sa guérison ou pour le rendre inoffensif.

La Commission qui formula les projets complémentaires du Code Pénal argentin (1924 — Projet sur « état dangereux intégral ») et dont faisait partie le Professeur de Médecine Légale de Buenos-Aires, Dr NERIO ROJAS, disait dans son exposé des motifs : « que le demi-aliénisme constitue une réalité clinique indiscutable, bien qu'il ne soit pas un type nosologique défini. C'est une catégorie d'états anormaux, différents entre eux. Ils sont réellement unifiés dans un concept central, par l'existence d'un bouleversement mental qui, bien qu'il n'arrive pas au degré d'une psychose, constitue un pont, un lien d'union entre ce que l'on considère comme santé et ce que l'on classifie comme folie.

Dans ce groupe sont compris les épileptiques sans psychose, les hystériques, les psychasthéniques, les neurasthéniques graves, les faibles d'esprit, les déséquilibrés, de franche constitution picopathique, les dégénérés avec perversion instinctive (la mal nommée *folie morale*).

Nous avons tous vu des débiles mentaux vivre réellement au seuil du Code, d'autres être emportés vers le délit par des sujets forts, énergiques ou intelligents, continuellement, en prodigalité, ou accomplissant, étape par étape, la carrière du délit naturel jusqu'à ce qu'ils tombent dans le légal. On doit tenir

compte des sujets qui ne sont vraiment pas capables de se diriger correctement, d'actualiser avec les attributs de la normalité pratique, qu'ils soient ou non moralement imputables ; selon l'école classique, ils sont préjudiciables et constituent, par leur manque de niveau mental, une perpétuelle ***possibilité de transgresser***, c'est-à-dire un danger permanent pour les règles de la Société.

Ce sont ceux dont on a dit qu'ils n'étaient pas suffisamment fous pour être dans un asile d'aliénés, ni suffisamment sensés pour être en prison. Ni une chose ni l'autre. Il faudrait l'établissement type réformatoire, avec toutes les catégories de discipline, adaptation, instincts, etc., que nécessitera la conduite du sujet.

Le Code Pénal argentin, qui ne prévoit pas ces cas, aurait pu incorporer l'article 35 proposé par la Commission déjà nommée, mais tout est resté en projet dans les Chambres.

Je veux reproduire intégralement le § *b)* de l'article 35 projeté car je pense à la nécessité que les Codes modernes considèrent, avec les sentiments de l'heure présente, les problèmes de la délinquance des anormaux. La formule proposée était : « Celui qui, n'étant pas aliéné, aurait commis un délit à cause d'une ***grave anormalité psychique*** ou en état d'intoxication chronique produite par l'alcool ou l'usage de drogues ou de stupéfiants, sera interné dans un établissement approprié, pour un temps indéterminé, mais non moindre que la moitié du maximum de peine établi pour le délit, ou 20 ans dans le cas de prison ou de réclusion perpétuelle, à moins que l'autorité judiciaire dans la sentence, ou postérieurement, au cas où sa permanence dans un établissement spécial ne serait pas convenable ou nécessaire, n'indique son internement dans un établissement pénal. »

Ceci, en ce qui touche l'état dangereux post-délictueux car on doit aussi considérer l'autre, celui de ces mi-aliénés en état latent de délit. Ils pourraient être englobés, d'après leur conduite, parmi les sujets majeurs de 18 ans qui s'adonnent à ce qu''on appelle une ***mauvaise vie***, c'est-à-dire le jugement de Ingenieros qui sont dans le ***délit naturel***.

Ils peuvent aussi être des vagabonds, des mendiants, qui mènent une « conduite déréglée et vicieuse », etc. Cette situation serait, en même temps, parallèle à la civile, créant quelque institution qui considérerait, en face de la capacité et de l'incapacité civile, un degré intermédiaire considérant la réalité biologique des débiles mentaux,. Ces insuffisants jouissent de tous les droits, comme s'ils jouissaient de la plus parfaite aptitude pour acquérir des droits ou contracter des obligations. Il n'est même pas raisonnable que, étant dans notre Code Civil un des fondements de la capacité l'âge de 22 ans, et le débile mental n'atteignant pas dans son développement psychique celle-ci, il soit en possession de droits égaux, en égalité de conditions. C'est comme si nous acceptions que les mineurs possédant plus d'un mètre soixante-cinq de haut jouissent d'une capacité civile complète.

Maintenant donc, si nous appliquons les points exigés par Krafft EBING, obligatoires pour considérer les hommes psychologiquement capables, nous voyons que les débiles mentaux ne sont pas attachés avec trop d'intransigeance.

Cet auteur disait qu'on exigeait dans les personnes majeures :

1° — La possession d'une quantité de connaissances pratiques sur les relations juridiques et sur les règles qui régissent la vie sociale en commun.

2° — Le discernement suffisant pour appliquer ces notions générales à chaque cas concret.

3° — L'indépendance pour se décider, nécessaire à toute libre élection

Ces débiles mentaux, qui n'arrivent pas à être considérés complètement capables, ne sont pas non plus incapables car, pour notre Code, on exige (article 140) pour être « un dément » (avec incapacité absolue) que la « démence soit vérifiée par avance et déclarée par juge compétent ». Et, dans un mauvais article (141), il énumère ceux qui peuvent être déclarés judiciairement déments : « Les individus de l'un ou l'autre sexe qui se trouvent en état habituel de manie, démence ou imbécillité, même s'ils ont des intervalles lucides ou si la manie est partielle ». Les débiles mentaux sont à mi-chemin entre la folie et l'état normal.

Il devrait donc exister pour eux, ce que nous n'avons pas en Argentine et dont nous avons besoin : un régime intermédiaire entre la capacité absolue et l'incapacité absolue et qui corresponde à leur situation mentale limitrophe.

Il existe en France une bonne institution nommée *Conseil Judiciaire*, qui pourrait solutionner les différents cas qui se présentent, pouvant arriver jusqu'à l'internement dans la nécessité d'un traitement, ou préventivement, en face d'un état dangereux.

DÉPISTAGE DES ANOMALIES CHEZ LES ENFANTS AU POINT DE VUE CRIMINEL AU BRÉSIL

PAR

M. le Professeur LEONIDIO RIBEIRO

Directeur du Laboratoire de Biologie Infantile du Tribunal pour Enfants de Rio-de-Janeiro

A l'heure actuelle, tous les auteurs, soit médecins, psychiatres ou magistrats, sont d'accord sur un point essentiel de la délinquance infantile : dans un grand nombre de cas, il s'agit d'enfants anormaux qu'il faut soumettre à un traitement médical associé à l'enseignement individuel.

On est arrivé partout aux mêmes résultats sur la pathogénie de la criminalité juvénile. En France, Colombier de Bordeaux, Beley, Heuyer, Boncour, Roubinovitch, de Paris, Étienne Martin et Mouret, de Lyon, Leclercq, de Lille, ont tous vérifié un pourcentage d'anomalies physiques et mentales qui varient entre 60 et 87 %. Voilà pourquoi je pense que la méthode vraiment scientifique pour réaliser une campagne contre le crime repose sur la création des centres cliniques destinés à faire l'examen systématique des enfants de façon à pouvoir dépister précocement leurs maladies physiques et mentales, aussi bien que les anomalies capables de constituer une vraie tendance ou prédisposition aux réactions anti-sociales, suivant les idées anciennes de l'École anthropologique lombrosienne, renouvelée par le Professeur Di Tullio, de Rome, avec ce qu'il a appelé la « Constitution criminelle ».

Il faut, pour y arriver, une organisation complète, à la fois médicale et pédagogique, destinée à étudier d'une manière intégrale la personnalité de chaque enfant.

Ces Centres de recherches biologiques sur l'enfance et l'adolescence doivent être dotés de tous les moyens indispensables tant en matériel qu'en personnel, pour observer aussi complètement que l'état de la science le permet, un mineur délinquant ou abandonné, avant son passage devant la Justice.

De cette façon, on pourrait également réunir des données scientifiques sur les causes biologiques et sociales de la délinquance chez les enfants dans chaque pays, afin de permettre une confrontation des différents résultats obtenus, seul moyen d'organiser des statistiques authentiques et basées sur des dossiers individuels rigoureusement établis.

Après avoir étudié en Europe, en 1935, les dispensaires et les Centres médico-pédagogiques de l'enfance, surtout en France, Belgique et Italie, j'ai pu installer à Rio de Janeiro un Laboratoire de Biologie Infantile, inauguré en 1936, sous les auspices du Juge pour Enfants Mr. Burle de Figueiredo. Ce service fonc-

tionne comme Institution auxiliaire de la Justice, destiné à établir un bilan de l'état de santé de chaque mineur avant son placement dans des Institutions de rééducation.

C'est une vraie Clinique spécialisée dans le diagnostic des maladies générales de l'enfance, comprenant les installations nécessaires pour une observation rigoureusement scientifique et complète dans tous les cas.

Il y a d'abord la Section d'identification obligatoire, avec les services de photographie, dactyloscopie et archives. Viennent ensuite les salles d'examen biométrique, médecine générale, pédiatrie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, neurologie, psychiatrie, gynécologie, psychologie et psychotechnique. Nous disposons pour ces examens d'une équipe de dix médecins assistants. Les recherches cliniques de laboratoire sont systématiques ainsi que les réactions de Mantoux et Pirquet. L'examen du liquide céphalo-rachidien est fait en moyenne dans 50 % des cas. Deux professeurs sont chargés d'appliquer les différents tests psychologiques en donnant des conseils sur les carrières que doivent suivre les enfants, après les épreuves nécessaires. Nous avons aussi des assistantes sociales chargées d'établir une enquête minutieuse sur la vie familiale des mineurs en étude, afin de bien connaître leurs tendances habituelles et le milieu dans lequel ils ont vécu, ainsi que les conditions sociales de vie de leurs parents. On cherche à obtenir aussi des renseignements sur leurs antécédents héréditaires, ce qui est d'ailleurs très difficile dans la grande majorité des cas.

Chaque assistant fait un résumé du résultat de ses recherches sur des fiches spéciales standardisées et numérotées, dont il garde une copie dans son dossier et il les envoie à la Direction où elles sont étudiées, confrontées et réunies dans un dossier général, après que les conclusions biologiques, médicales, anthropologiques et psycho-pédagogiques de chaque enfant aient été fixées.

Des réunions de tous les assistants ont lieu en présence du Directeur et sont présidées par le Juge, toutes les fois qu'il y a des cas difficiles à étudier et à résoudre.

Le résumé de la conclusion, les conseils, le plan du traitement et le bulletin d'identité sont envoyés au Juge des Enfants, accompagnés d'un rapport médico-légal minutieux, surtout dans les cas les plus graves ou difficiles.

A côté de cette charge de Centre de triage clinique, dont le matériel ira bientôt constituer une documentation scientifique de la plus haute importance sociale, le Laboratoire dispose d'une salle de conférences et d'une bibliothèque et a organisé un cours de service social, fréquenté par une cinquantaine d'élèves, dont 25 ont passé les examens, après avoir réalisé des travaux pratiques suivis de rapports écrits.

Tous les services du Laboratoire fonctionnent dans un ancien bâtiment indépendant, situé à côté d'un internat où les enfants sont logés, provisoirement, le temps nécessaire aux examens, c'est-à-dire pendant huit à dix jours en moyenne, sauf quelques cas spéciaux qui exigent une quinzaine et parfois un mois pour être examinés.

Les fiches qui constituent le dossier complet de chaque enfant sont classées dans les archives centrales. Au bout de six mois de fonctionnement régulier, 200 mineurs, dont 174 abandonnés et 26 délinquants, ont été reçus et examinés. Les résultats terminaux concernant les enfants qui ont subi tous les examens, ont été vraiment douloureux et surprenants, car il n'y avait pas un seul enfant en état de parfaite santé. Chacun d'eux présentait au moins deux maladies générales graves, comme syphilis, tuberculose latente, affections de la gorge

et de la bouche, verminose ; en exceptant les anormaux, débiles intellectuels ou arriérés. La statistique a été la suivante :

1. — Maladie de la gorge	79 %
2. — Verminose	65 %
3. — Maladie de la bouche	46 %
4. — Tuberculose latente	42 %
5. — Maladies du nez	37 %
6. — Maladies des oreilles	22 %
7. — Débilité mentale	19 %
8. — Syphilis	17 %

Les cas de syphilis ont été diagnostiqués par la réaction de Wassermann dans le sang, qui a été faite systématiquement. On a examiné le liquide céphalo-rachidien et pratiqué la réaction de Wassermann dans 74 cas, dont 8 ont été positifs. Il faut remarquer que chez trois de ces enfants la réaction était négative dans le sang, ce qui démontre les avantages de toujours compléter le diagnostic clinique par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Vervaek, dans son Rapport au Congrès des Aliénistes de France réuni à Bruxelles en 1935, a insisté sur les avantages qu'il y a à faire suivre le diagnostic par le traitement, car une enquête de Blueck, en Amérique du Nord, portant sur l'avenir de 1.000 jeunes délinquants examinés à la Judge Baker Foundation, de 1917 à 1922, montre qu'ils récidivèrent dans la proportion de 88,2 %. On a pu vérifier que plus de la moitié des recommandations faites par la clinique ne furent pas exécutées du tout. Il n'y eut que 195 enfants pour lesquels toutes les prescriptions suggérées furent appliquées.

Le criminaliste belge a ajouté : « L'évolution du plus grand service médico-psychologique pour enfants délinquants comporte une leçon. Il ne suffit pas d'un bon service de diagnostic, il faut que les rouages d'exécution soient en état d'appliquer les mesures prononcées ; il faut que la clinique psychologique ne se confine pas dans son rôle de dépistage, mais collabore au traitement des mineurs. »

Le Professeur Étienne Martin informe aussi qu'à Lyon ces malheureux enfants traînent de Tribunaux en Tribunaux, d'Institutions charitables en Établissements divers où ils échouent pêle-mêle, victimes de l'incohérence des mesures prises à leur sujet. D'autre part, il est rare que les juges puissent tenir compte de l'avis des médecins, faute d'installations appropriées au traitement et éducation de ces enfants anormaux ou difficiles. Roubinovitch à Paris et Mouret à Lyon se sont élevés tous les deux contre l'exagération des placements de ces mineurs à la campagne dans des familles où il sera impossible de les traiter et de les élever comme il faut.

Voilà pourquoi on voit partout un nombre considérable de mineurs récidivistes. On ne suit pas les indications thérapeutiques et pédagogiques conseillées par les médecins experts, visant la rectification des anomalies caractérielles et des insuffisances psychiques qu'ils peuvent présenter.

Il faut évidemment pour avoir des résultats appréciables que soient possibles le traitement médical, l'hygiène corporelle, la vie en plein air en même temps qu'une éducation spéciale. A ce propos, on ne doit pas oublier le conseil de Vervaek : « Les directives du traitement des déséquilibrés à réactions anti-sociales seront de deux sortes : La première tendra à rechercher les causes individuelles de leurs accès de déséquilibre mental et le traitement à y opposer, la seconde et la plus importante aura pour objectif de modifier le facteur cons-

titutionnel dégénératif ou psychopatique qui en sont le point de départ et dont les attaches relèvent de la maladie, de l'hérédité morbide ou de la blastotoxie. »

Au Brésil, malheureusement, le même fait s'est reproduit. Les Institutions qui reçoivent les mineurs abandonnés et délinquants ne sont pas encore en mesure de mettre en pratique le traitement ou les conseils pédagogiques et suggestions professionnels indiqués par le Laboratoire.

Voilà pourquoi tout récemment nous avons aussi inauguré un service de traitement appliqué par nos assistantes dans une sorte de Dispensaire, non seulement pour fournir des médicaments et faire des injections et pansements, mais aussi pour pouvoir suivre de plus près l'évolution physique et mentale de ces enfants.

En partant du Brésil, il y a deux mois, j'ai laissé près d'être inaugurée une petite classe spéciale de démonstration pour vingt enfants, dirigée par un psychiatre spécialisé dans la psychologie infantile, aidé par deux pédagogues et destinée aux enfants anormaux et arriérés. Après avoir fait le diagnostic de leur état de santé physique et mentale et leur sériation en des groupes homogènes, nous avons l'intention de faire le traitement dans le Laboratoire, en même temps que l'enseignement spécial et individuel, en suivant les résultats obtenus au point de vue médico-pédagogique.

Le Laboratoire de Biologie Infantile de Rio de Janeiro s'est inspiré du Centre Médico-Pédagogique d'Observation de Rome, dont j'ai assisté à l'inauguration dans les derniers jours de l'année 1934. Les résultats des premiers travaux y réalisés ont été présentés au Premier Congrès Italien d'Anthropologie Criminelle qui eut lieu à Rome au mois de Mai 1936, par Mr. Sileno Fabri, Président de « L'Œuvre Nationale pour la Maternité et l'Enfance ». L'examen de 200 mineurs a décelé 10 cas de tuberculose pulmonaire, 10 de troubles endocriniens, 15 de syphilis et 25 d'anomalies physiques.

Ces deux résultats semblables, en Italie et au Brésil, démontrent l'importance du problème de l'étude des causes biologiques de la délinquance infantile et la fonction chaque jour plus décisive du médecin dans la campagne pour la prévention criminelle.

Les aspects médicaux de la question de la criminalité juvénile ont besoin d'être considérés avec plus d'attention par les Juges. En Italie et au Portugal, j'ai pu assister à des séances du Tribunal des Enfants où siègent aussi des médecins, choisis parmi les spécialistes en psychiatrie infantile et anthropologie. Au Brésil aussi, on considère en ce moment le problème, sous ce point de vue, et on étudie à la Chambre une nouvelle loi créant un Tribunal pour Enfants, duquel feront partie un médecin et une femme, tous les deux spécialisés.

Voilà ce qu'on a de mieux à réaliser partout, à mon sens, pour réprimer et prévenir la criminalité juvénile, aussi bien que de l'adulte, et répondant aux principes plus modernes de la médecine et de la pédagogie. D'après les observations de tous les spécialistes qui ont étudié le problème de l'enfance anormale et délinquante, aussi bien que de notre expérience personnelle, il résulte qu'il faut insister partout sur la nécessité d'une collaboration de plus en plus étroite entre le Juge et le pédagogue avec le médecin, pour réaliser une œuvre de la plus haute importance sociale, telle que la prophylaxie précoce des maladies physiques et mentales et surtout de la prévention criminelle.

LES FACTEURS CONCOMITANTS DE LA DÉLINQUANCE INFANTILE ET JUVÉNILE

PAR

le Dr G. HEUYER et Mme S. HORINSON

Notre étude des facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile aura surtout en vue le côté prophylactique du problème. Nous n'apprécierons qu'en passant le degré d'importance de chacun de ces facteurs dans la genèse de l'acte délictueux.

Les 2 groupes de sujets étudiés dans ce but se composent :

1° de 566 délinquants confiés par le Tribunal des Mineurs au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, examinés, observés, traités et orientés par la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile.

2° de 234 sujets amenés à la Consultation de la Clinique Annexe pour des troubles du caractère et de la conduite, par les familles ou envoyés par les Écoles, les Services Sociaux et les Œuvres (orphelinats, Office des Pupilles de la Nation etc...) et examinés, observés, traités et orientés par notre Service.

Les manifestations des troubles du caractère du 1er groupe avaient dépassé le cadre de l'entourage immédiat des sujets — ce qui avait motivé l'intervention du Tribunal des Mineurs. Les troubles du comportement du 2e groupe n'avaient point sauf rares exceptions, dépassé les limites du proche entourage des sujets, et par conséquent, n'avaient pas donné lieu à des poursuites judiciaires.

Dans les antécédents familiaux et personnels des sujets de ces deux groupes — délinquants et non délinquants — nous trouvons :

A) ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :	*Délinquants*	*Non-Délinquants*
1. Hérédité pathologique		
(syphilitique, psychopathique, tuberculeuse, alcoolique)	40,5 %	31,2 %

Le pourcentage des tares héréditaires est plus élevé dans le groupe des délinquants que dans le groupe des non-délinquants. Toutefois, que ce soit dans l'un ou dans l'autre, nous voyons que les tares héréditaires constituent un terrain propice à l'éclosion des troubles de la conduite. La prophylaxie du délit se confond dans ce domaine avec la prophylaxie médicale générale ou la prophylaxie mentale en particulier, et, notamment, avec la lutte contre la syphilis et l'acoolisme.

2) Composition de la Famille ;	*Délinquants*	*Non-Délinquants*
Familles complètes :	33,4 %	35,5 %
Familles incomplètes : (mort d'un des conjoints, divorce, abandon)	66,6 %	64,5 %

Les deux groupes montrent sous ce rapport une grande similitude. Les facteurs affectifs, perturbateurs de la conduite et dus à la dissociation familiale, semblent avoir joué dans la même mesure chez les sujets de ces deux groupes. Pour éviter, que les troubles de conduite dus à ces situations ne se traduisent par un délit — la prophylaxie doit employer des moyens d'éducation et de psychothérapie et doit les appliquer à *tous* les membres du milieu familial.

3. Situation sociale de la famille	*Délinquants*	*Non-délinquants*
Manœuvres et ouvriers non spécialisés	45,8 %	20,0 %
Ouvriers spécialisés	25,9 %	23,5 %
Employés et petits commerçants	10,9 %	25,2 %
Carrières libérales	1,2 %	16,2 %
Divers	16,1 %	14,9 %

La comparaison de ces deux groupes montre l'intervention importante du facteur social dans la délinquance infantile et juvénile. Presque la moitié des sujets (45,8 %) du 1er groupe (délinquants) appartient aux classes les plus déshéritées de la société. Dans le 2e groupe (non délinquants), ce facteur ne paraît pas avoir joué. La baisse relative du pourcentage des carrières libérales (16,2 %) est due, croyons-nous, au fait que notre consultation est une consultation d'hôpital.

La lutte contre les facteurs sociaux de la délinquance infantile, dépasse les limites de la prophylaxie criminelle. Celle-ci ne peut que signaler ces faits aux économistes, aux sociologues et aux législateurs.

4. Situation morale de la famille	*Délinquants*	*Non-Délinquants*
Mauvais milieu familial (déchéance paternelle, mauvais traitement, dressage au vol, inconduite, alcoolisme chronique)	25,4 %	11,2 %

Le facteur moral de l'ambiance familiale semble avoir joué un grand rôle dans la délinquance infantile et juvénile. En dépistant les anomalies *du milieu* familial, en soustrayant à temps les enfants à ces milieux, les Services Sociaux des Écoles, des Hôpitaux et de la Police apporteraient une aide appréciable à la prévention du délit.

B) ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

1° Age	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18 à 21
Délinquants	4,6 %	7,6 %	17,5 %	22,9 %	30,2 %	17,1 %
Non-Délinquants	14,1 %	17,5 %	20,1 %	20,1 %	15,4 %	12,3 %

Nous ne préjugeons pas de l'importance de l'âge parmi les facteurs de la délinquance infantile et juvénile. Ce qui nous paraît ressortir de nos chiffres, c'est que les mesures prophylactiques prises par les familles pour leurs enfants à partir de l'âge de 13 ans ont eu cet effet, qu'à l'âge de 17-18 ans, le pourcentage de sujets qui relevaient d'une consultation médico-psychologique commence à diminuer. Au même moment, à l'âge de 17-18 ans, dans le groupe de délinquants, ce pourcentage s'accroît encore très sensiblement.

L'accroissement du pourcentage de délinquants, avec l'âge, s'explique dans notre statistique par ce fait, entre autres, que le plus souvent, lors de son premier délit, le mineur est rendu à sa famille ; en général, il n'est confié au Patronage qu'après une récidive. Ainsi, il échappe au moment encore opportun, à l'action prophylactique qui pourrait le préserver de cette récidive.

Le dépistage le plus précoce des troubles du comportement et l'intervention médico-pédagogique nous paraissent donc s'imposer.

2° Niveau mental Binet-Simon-Termann	*Déb. ment.* N. M. jusque 10 ans.	*Int. inf.* N. M. 10-11 ans.	*Int. moy.* N. M. 11-13 ans.	*Int. au-dessus de la moyenne* N. M. de 13 ans
Délinquants	28,1 %	15,9 %	32,4 %	23,6 %
Non-Délinq.	19,2 %	7,3 %	29,1 %	44,3 %
				dont au-dessus de 13
				5,6 %
				21,3 %

Le facteur intellectuel, pensons-nous, joue un rôle dans la délinquance infantile et juvénile. Mais ce rôle n'est pas univoque. Sans doute, le nombre des débiles mentaux et des sujets à intelligence inférieure est plus grand dans le groupe de délinquants ; le nombre de sujets à niveau intellectuel au-dessus de la moyenne y est beaucoup plus petit ; toutefois, il ne semble pas qu'un discernement suffisant (intel. moyenne : 32,4 % et au-dessus de la moyenne : 23,67 %) ait réussi à préserver le sujet de la délinquance.

Quoi qu'il en soit, d'une part, des mesures de protection doivent être prises pour ceux que le manque de discernement amène au délit ; d'autre part, une surveillance et un redressement de la conduite des sujets qui réalisent consciemment un acte anti-social, devraient être un souci constant de la prophylaxie.

3° Scolarité	*Pas de retard scolaire*	*R. sc. de 3 ans* environ	*R. sc. de 3 à 4 ans* environ
Délinquants	18,9 %	39,2 %	41,9 %
Non-Délinq.	49,6 %	31,1 %	19,3 %
			illettrés dont :
			Delin. 11,3 %
			Non-Delin. 3 %

Il existe une différence accentuée dans le domaine de la scolarité entre les deux groupes qui est en disproportion avec les possibilités intellectuelles du groupe de délinquants — 71,9 % de ces sujets avaient un niveau mental au-dessus de 10 ans, par conséquent étaient capables d'acquérir les notions scolaires élémentaires (Cert. Et. Primaires) — Cette différence, symptomatique plutôt des conditions familiales et sociales des sujets de ce groupe, ne nous semble pas avoir joué un rôle essentiel dans la réalisation du délit. Toutefois, au point de vue prophylactique, cette constatation ne doit pas être négligée. Il est né-

cessaire que la fréquentation scolaire soit strictement observée, que l'enseignement éveille des intérêts intellectuels qui ne s'éteignent pas avec la cessation de la scolarité. En outre, l'organisation des loisirs — arts et sports — doit habituer les jeunes gens à remplir dignement les heures qu'aucun travail ne réclame.

4° Vie Professionnelle	Ont commencé à travailler avant l'âge réglementaire 13 ans	N'ont pas du tout travaillé avant d'être amenés à la consultatation
Délinquants	12,6 %	4,1 %
Non-Délinquants	0,9 %	25,5 %

Un début précoce de travail professionnel nous paraît aggraver la situation des sujets mal armés pour cette vie et hâter la réalisation du danger moral dans lequel ils se trouvent.

La prolongation de la scolarité, l'organisation rationnelle de l'Orientation Professionnelle et de l'Apprentissage, la création des établissements spéciaux pour chaque catégorie d'enfants difficilement adaptables (débiles, instables, pervers, infirmes, malades, etc...) placements surveillés à la fin des études — pourront être utiles à la prévention du délit.

5° Troubles du caractère	Pas de troub. du caract.	Prédominance de	
		réactions psychopathiques à prédominance d'instabilité t. paranoïaques dépression impulsivité coléreuse	*réactions anti-sociales* t. perverses t. au vol révolte contre la discipline
Délinquants	19,2 %	34,8 %	50,0 %
Non-Délinquants.	16,2 %	40,6 %	43,2 %

Nous voyons que les troubles du caractère que présentent les sujets de ces deux groupes sont comparables. Bien que les réactions anti-sociales prédominent chez les délinquants et les états psychopathiques chez les non-délinquants, il est impossible de tracer entre ces troubles des limites rigides. Quoi qu'il en soit en ce qui nous intéresse ici, dans ces chiffres, c'est le fait que 34,8 % de sujets avec troubles psychopathiques du caractère ont été amenés à la délinquance et qu'on a pu sauvegarder de la délinquance non seulement les 40,6 % des sujets ayant le même type de troubles, mais encore ceux (43,2 %) dont le comportement était essentiellement anti-social.

La prophylaxie criminelle peut, croyons-nous, tirer de ces indications, le meilleur augure.

Ces chiffres démontrent qu'il n'y a pas de fatalité dans les tendances individuelles. L'influence de l'éducation, une bonne ambiance familiale, une surveillance active et intelligente sont des éléments inhibiteurs et empêchent la réalisation des tendances psychopathiques et antisociales.

Dans son rapport sur les perversions instinctives, Dupré disait : « la tendance à l'acte n'entraîne pas la fatalité de l'action». Nous apportons ici la démonstration de l'exactitude de son aphorisme et nous indiquons la possibilité de développer l'action des divers facteurs qui peuvent empêcher l'enfant et l'adolescent d'arriver à la délinquance.

DAS PRAEKRIMINELLE LEBEN UND DAS BEWASHRUNGSPROBLEM

PAR

M. Le Professeur TOEBBEN (Munster)

Die Erforschung des präkriminellen Lebens deckt sich im wesentlichen mit derjenigen der sittlichen Verwahrlosung. Ich habe sie bezeichnet als eine Erschütterung des seelischen Gleichgewichtes in dem Sinne, dass das Triebleben einseitig und richtunggebend die Gesamtpersönlichkeit beherrscht und ein Abweichen vom geraden Wege der geordneten Lebensführung zur Folge hat.

Was die Ursache der Verwahrlosung anlangt, so ist die Anlage meist bedeutungsvoller als die Umwelt. die Anlage ist, um ein neues Wort von Schroeteler[1] zu gebrauchen, "wie ein lebendiges Gefäss, in das die Umwelt ihre Inhalte eingiesst". Bedeutungsvoll ist die Kindheit, die Pubertät und das weitere Leben. In der Pubertät ist der Kurzschluss der Gedankengänge, der Widerspruchsgeist, der Mangel an Ehrfurcht vor der Majestät des Staates und der Gesetze und die Abhängigkeit eines Unreifen von den Affekten des Augenblicks von kriminoplastischer Bedeutung. In der Sturmwetterzeit des menschlichen Lebens wird die Entscheidungsschlacht geschlagen, ob der Weg führt in die geordnete Lebensführung oder in die Verwahrlosung und Kriminalität. Für die Entwicklung der Persönlichkeit ist es entscheidend, ob die Anlage bedeutungsvoller ist als das Milieu. Für die Wirkwelt der Umwelt, die ich als flexible Kraft bezeichnen möchte, habe ich folgendes Schema aufgesellt :

1) der ungünstige Einfluss des Elternhauses. Inwiefern ? Durch wen ? Vernachlässigung, schlechte Behandlung und Verführung durch Eltern, Haushälterinnen und Dienstboten. Verwöhnung und allzu strenge Erziehung.

2) das Milieu des entwurzelten Kindes :

a) des ausgesetzten Kindes,
b) des unehelichen Kindes,
c) des verwaisten Kindes,
d) des Haltekindes,
e) des Adoptivkindes und
f) des umkämpften Kindes.

1. Stimmen der Zeit (1937) S. 261.

3) das Milieu des entfernteren Lebenskreises :

a) die Schule,
b) der Beruf,
c) die Arbeitsstätte und Freizeit.

4) das durch die Art des Wohnens bedingte Milieu :

a) Grosstadtmilieu,
b) Mittelstadtmilieu,
c) Landmilieu

5) wirtschaftliches Milieu :

a) Armut,
b) Überfluss

6) das geistige Milieu :

a) Lektüre,
b) Kino und Theater.

7) zeitliches Milieu.

8) persönliches Milieu

Was die Bekämpfung der Verwahrlosung anbetrifft, so ist es sicher, wie Vervaeck [1] sehr treffend bemerkt, dass die Erziehung in den Schulen, besonders in denen für die Schwachbegabten, nicht genügend auf das soziale Leben vorbereite und den Kampf gegen das Verbrechen allein durch die intellektuelle Erziehung nicht aufnehmen könne. Die Schule muss nach diesem Autor ausserdem den Charakter stählen, den Willen festigen, die Schüler lehren, die Gefühle, ihre Instinkte und die Leidenschaften zu beherrschen, dem jungen Menschen eine gesunde moralische Grundlage geben, die unentbehrlich ist für ein gut geordnetes, soziales Leben. Um diese Bemerkung zu unterstreichen, sei es erlaubt, die Worte Virchows [2] über die so oft erörterte Willensfreiheit hier anzuführen : "Die Freiheit ist nicht die Willkür beliebig zu handeln. Der wirklich freie Mensch unterlässt das, wozu ihn die Leidenschaft treibt. Er tut das, wozu ihn das sittliche Gefühl oder die Überzeugung nötigt".

Die Heilerziehung in der Fürsorgeerziehungsanstalten kann, wenn sie rechtzeitig einsetzt, die Jugend noch vor der Gefahr bewahren, sich vom geordneten Wege einer geordneten Lebensführung zu entfernen. Für die Erziehung schwererziehbarer junger Leute besserer Stände fehlt es noch an geeigneten Heimen, wie ich sie mehrfach vermisst und empfohlen habe.

Sehr beachtenswert scheint mir der letzte Vorschlag von Gregor [3], die jungen Leute mit ausgesprochen kriminellem Charakter nicht mehr in die Erziehungsanstalten zu schicken, sondern sie durch richterliche Entscheidung im Sinne einer unbestimmten Verurteilung etwa wie beim Borstal-System in Jugendgefängnisse unterzubringen.

Die radikalste Massnahme würde die rechtzeitig einsetzende von Frau Neuhaus, Eiserhardt, Gerl und mir empfohlenen Bewahrung sein ; sie wird die

1. Vervaeck : Education et Criminalité, Extrait de l'Écrou 1932, p. 8.

2. Cit. bei Aschoff, Pathologie und Biologie, S. 8 in "Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte Dresden 1936.

3. Gregor : Zur Bekämpfung der Kriminalität durch ein neues Jugendgerichtsgesetz, in "Monatsschrift für Krim.-psychologie und Strafrechtsreform, 27 Jg S. 207-225.

segensreich wirkende Sicherungsverwahrung in Deutschland im Sinne der Vorbeugung glücklich ergänzen. Sie fasst an die Wurzel des Übels und hat rein vorbeugenden Charakter, da sie diejenigen jungen Menschen betrifft, die kurz vor den Pforten des Verbrechens stehen und in Gefahr sind, sie zu überschreiten.

Die Bewahrung sollte angewandt werden, wenn der Verwahrloste ausgesprochen gesellschaftsfeindliche Tendenzen zeigt und wenn die anderen Möglichkeiten, diese soziale Gefahr abzuwenden, ohne Wirkung geblieben sind.

Nach meinen eigenen Erfahrungen unterwerfen sich solche mit Kriminalität bedrohte Verwahrloste oft einer freiwilligen Bewahrung. Im übrigen sollte die Bewahrung ein Zwangsmittel sein, das an Stelle der Strafe auferlegt wird.

Dr Bruno Gerl [1] hat den vorläufigen einschlägigen Paragraphen für den Entwurf eines Reichsbewahrungsgesetzes folgendermassen formuliert :

"Ein Verwahrloster, der eine erhebliche soziale Gefahr bildet, wird bestraft, "wenn er sich der Verwahrlosung durch eigene Hilfe nicht entziehen kann oder "will und andere Mitte zu ihrer Beseitgung nicht ausreichen. Verwahrlost ist, "wer den Mindestanforderungen der völkischen Lebensordnung an den leiblichen, geistigen, sittlichen und wirtschaftlichen Zustand eines Menschen nicht "genügt."

Was die Abgrenzung des Personenkreises der zu Bewahrenden angeht, so werden u. a. folgende in Betracht zu ziehen sein :

1) Die gemeinschaftsfeindlichen Psychopathen und diejenigen Schwachsinnigen, die für eine Anstaltserziehung nicht in Frage kommen. Zu dieser Kategorie muss ein grosser Prozentsatz der Prostituierten und Vagabunden gerechnet werden.

2) Arbeitsscheue Persönlichkeiten, die sich hartnäckig der Unterbringung in ein Arbeitshaus entziehen.

3) Fürsorgezöglinge, die auf Grund ihres Geisteszustandes oder aus anderen Gründen unerziehbar sind, und die Jugendlichen von 19-21 Jahren, die in Deutschland für eine Fürsorgerziehung nicht mehr in Frage kommen.

4) Rauschgiftsüchtige, für die eine Entmündigung nicht möglich ist.

5) Solche sterisierte Persönlichkeiten, die, obwohl sie infolge der Unfruchtbarmachung erbungefährlich sind, die Gesellschaft durch sittenloses Verhalten schädigen und zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten beitragen.

Die Schaffung eines Bewahrungsgesetzes würde die Jugend vor dem moralischen Ruin und die Gesellschaft von einer drohenden Gefahr befrein, nachdem in Deutschland durch die Sicherungsverwahrung bereits ein schützendes Dach gegen die schon Kriminellen errichtet worden ist.

Principiis obsta. Sero medicina paratur
Cum mala per longas convaluere moras. (Ovid)

1. Cit. bei Eiserhardt, Um das Reichsbewahrungsproblem, in "Blätter für das Rote Kreuz", 1937, 16, 66-71.

L'ASSISTANCE À L'ENFANCE ANORMALE EN ESPAGNE PENDANT LA GUERRE

PAR

MM. les Drs M. PRADOS SUCH et J. SOLIS.

Avant de faire connaitre ce qu'on a fait en Espagne pour les enfants anormaux pendant la guerre, je crois nécessaire de faire un bref résumé des institutions en matière de psychiatrie infantile que le Gouvernement entretenait en temps de paix.

Deux types d'institutions fonctionnent dans notre pays, travaillant avec une certaine autonomie : d'un côté la vraie assistance médicopédagogique, et de l'autre les tribunaux pour l'enfance avec leurs organisations annexes.

Pour le premier point, l'État n'avait organisé à Madrid qu'une seule institution nommée École Nationale pour les Enfants Anormaux, où l'on entretenait dans un régime d'externat une population de deux cent cinquante enfants environ. A vrai dire, l'organisation de cette école, où les pédagogues jouaient un rôle plus important que les médecins spécialisés, ne répondait aux principes fondamentaux de l'assistance médicopédagogique, puisque faute surtout d'un avis précis sur le problème, on recevait toutes sortes d'anomalies qui n'avaient point de place aux écoles ordinaires et c'est ainsi que l'on pouvait voir des enfants intelligents avec des troubles du caractère à côté des imbéciles profonds et même des idiots. A peu près il en était ainsi à Barcelone, l'orientation suivie par cette école étant semblable.

A côté des écoles déjà nommées fonctionnait à Madrid dans le premier Dispensaire d'Hygiène Mentale un service de dépistage des enfants arriérés ou anormaux qui travaillait en relation avec la clinique annexe au tribunal de l'enfance et de l'Institut National d'Orientation Professionnelle, le Dr Lafora de la Cité Universitaire faisant un cours pour la formation du personnel.

A Barcelone une clinique de Psychiatrie infantile fonctionnait en connexion avec l'Institut Psychotechnique de la Généralité dirigé par le Prof. Mira.

D'un autre côté le Ministère de Justice avait organisé depuis longtemps les tribunaux pour enfants avec un total de douze organisations de ce genre dans toute la République. Le Tribunal de Madrid disposait d'une clinique médico-psychologique d'après le modèle américain du Prof. Healy et des maisons de réforme et d'adaptation sociales. On disposait des institutions de ce genre à Madrid, Barcelone, Valence et Amurrio (Pays Basque) et elles étaient sur le point de fonctionner à Valladolid et à Cartagène.

Au commencement de la guerre l'école de Madrid était fermée par suite des vacances d'été, mais à l'occasion de l'organisation des nombreuses colonies

qu'on eut besoin de fonder pour les enfants des combattants, le Gouvernement commence à se rendre compte de l'importance réelle du problème et cherche les moyens de le résoudre. C'est alors qu'une commission de psychiatres et pédagogues est nommée dans le but de proposer des solutions pratiques.

Cette Commission proposa la fondation d'une Clinique Centrale à Madrid (Beobachtungsstelle) pour le dépistage et l'étude des enfants envoyés par les Écoles, les familles et les colonies, qui commença à fonctionner en Août 1936. L'ancienne École fut donc transformée en École Auxiliaire (Hilfsschule) pour arriérés, en même temps que fonctionnait comme centre de formation professionnelle d'institutrices spécialisées. On proposa la création de nouvelles écoles pour arriérés, au nombre de cinq, que l'on crut suffisant pour la population de Madrid. Au mois d'octobre, lorsque la situation de Madrid commençait à être délicate et que l'évacuation de la population infantile devint nécessaire on transféra l'école auxiliaire de Madrid à la province d'Alicante, où elle se trouve maintenant transformée en colonie familiale et en une résidence des institutrices en vue de leur formation professionnelle sous la surveillance de médecins spécialisés. Il convient de noter que la coéducation des sexes que l'on a acceptée dans la colonie des arriérés comme un essai, a donné des merveilleux résultats et jusqu'à présent, aucun trouble n'y a été enregistré, à l'encontre de l'idée généralement admise.

En ce qui concerne le problème des idiots et imbéciles profonds, la Commission ne crut pas urgent de s'attaquer au fond même de la question, étant donné l'existence dans chaque asile d'aliénés d'un département infantil pour les malades de ce genre et l'on se limita à transférer à ces institutions les cas observés.

Le problème des enfants atteints de troubles du caractère (psychopatischen persoenlichkeiten) devint très aigu et même dramatique lors de l'évacuation de la population infantile de Madrid. Plus de 60.000 enfants ont dû être évacués en hâte de la capitale et des nombreuses colonies ont été organisées dans les provinces qui étaient plus éloignées du front. Dans ces colonies qui étaient organisées sous un régime collectif ou familial la présence des enfants psychopates constituait une source permanente de troubles dans la vie normale. Et c'est alors qu'on commence l'organisation d'un internat Psychopatenheim pour les jeunes psychopates qui est en train de commencer à fonctionner dans deux ou trois semaines à 40 kms de Valence. Dans cet internat on recueillera tous les enfants qui après un examen psychiatrique détaillé seront envoyés par les diverses colonies qui fonctionnent à l'actualité et que selon l'opinion des directeurs provoquent des troubles évidents dans la vie scolaire. Cet internat qui sera suffisant pour 250 enfants va être organisé selon un type de ferme-école-atelier, (arbeits kolonie) où il sera possible de donner aux enfants accueillis en même temps qu'un enseignement général, une formation professionnelle d'accord avec leurs aptitudes. On a donné dans l'organisation de l'internat une grande importance aux travaux, jeux et sports collectifs qui pourrait éveiller dans ces personnalités antisociales un esprit de collaboration pouvant rendre leur future activité moins dangereuse.

C'est ainsi qu'étant donné les bonnes conditions matérielles du village où l'internat fonctionnera il est possible d'organiser une exploitation agricole avec des annexes dédiées aux écoles pratiques de toutes les industries dérivées, la fabrication de confitures y comprise, en même temps que des ateliers de maçonnerie, charpenterie et menuiserie, imprimerie, photographie et cinéma. Il y aura un instituteur pour chaque 25 élèves ainsi que des chefs d'atelier spécialisés. Le personnel scientifique sera constitué avec un psychiatre et un médecin y résidant, un service d'enquête sociale et un petit laboratoire de psychologie.

Une visite hebdomadaire sera faite par des médecins spécialisés, surtout pour les maladies de la bouche, gorge, etc.

En vue de la formation professionnelle des collaborateurs, des cours ont été organisés à Valence par le Ministère de la Santé Publique, où l'on a tâché d'instruire dans les fondements de l'assistance des jeunes psychopates à des instituteurs, infirmiers, etc. Un grand succès a couronné ces cours auxquels on doit l'instruction de près d'une cinquantaine d'individus.

Dans le domaine de la délinquance infantile toutes les institutions qui fonctionnaient à Madrid ont dû aussi être évacuées à Valence et en Catalogne. Les grandes maisons de correction et réadaptation ont été transformées en de petites colonies à régime familial, ne dépassant jamais le nombre de 25 enfants.

Les Tribunaux pour l'enfance fonctionnent normalement même à Madrid. Les cliniques médicopsychologiques dont seul le Tribunal de Madrid avait organisé la sienne, fonctionnent désormais dans chaque Tribunal, avec un psychologue, un psychiatre et un interniste.

L'ASSISTANTE D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET LA CONSULTATION DE PSYCHIATRIE

PAR

Mademoiselle O. CHABAS

En entendant Messieurs les rapporteurs d'hier et de ce matin insister sur l'importance du dépistage précoce des arriérés ou anormaux, sur la prophylaxie de la délinquance et sur la nécessité d'une collaboration toujours plus étroite entre tous ceux qui ont, à divers titres, la charge de la santé physique, morale ou intellectuelle des écoliers, il nous a semblé qu'un bref exposé des services que l'assistante d'hygiène scolaire peut leur rendre dans ces différents domaines, aurait pour eux quelque intérêt.

Dépistage

Grâce à la liaison constante qu'elle assure entre l'Inspection médicale scolaire, le personnel enseignant et les familles, l'assistante fournit au médecin inspecteur de nombreux éléments d'information lui permettant de préciser son diagnostic et d'assurer l'aiguillage sur la consultation de psychiatrie (renseignements détaillés sur les antécédents héréditaires et personnels du nouvel écolier, sur l'ambiance familiale et les réactions qu'elle produit chez lui, sur son comportement journalier à l'école, sans compter les innombrables confidences qu'elle reçoit des enfants eux-mêmes).

Par la réunion de ces informations diverses sur un nombre considérable d'enfants, le médecin inspecteur et son assistant ouvrent au dépistage des anomalies psychiques un champ d'une grande importance.

Prophylaxie et traitement

Agent de liaison entre le personnel enseignant et le psychiatre, l'assistante apporte à la consultation le résultat des observations accumulées au jour le jour par le maître sur les progrès ou reculs de son élève.

Connaître les réactions de celui-ci dans deux milieux différents (l'école et la famille) permet au psychiatre de mieux délimiter la part personnelle et la part familiale dans les troubles psychiques.

D'autre part, transmettant aux maîtres les conseils du psychiatre, l'assistante leur permet souvent de modifier de façon heureuse leur méthode pédagogique.

Agent de liaison entre le psychiatre et les parents, dans l'intervalle des con-

sultations, l'assistante veille à ce que les prescriptions médicales et les conseils d'éducation reçus au dispensaire soient compris et observés.

Agent constant de liaison entre le psychiatre et les enfants, l'assistante explique à ces derniers et leur rappelle incessamment ce que le spécialiste attend d'eux, soutenant ainsi au jour le jour leurs efforts vers la guérison.

Ce rôle est seulement possible aux conditions suivantes :

I. — L'assistante ne peut avoir en charge qu'un groupe scolaire d'un millier d'enfants au maximum.

II. — 1° Elle doit posséder les diplômes d'état de visiteuse et de soignante, une forte culture générale et des notions précises de psychologie et de pédagogie lui permettant d'entrer pleinement dans la pensée de collaborateurs si divers.

2° Elle doit joindre à un certain sens psychologique un solide équilibre psychique.

Tous les récents congrès sociaux ont souhaité l'obligation des diplômes d'état chez les assistants d'hygiène scolaire.

S'il nous est permis d'émettre un vœu à ce premier congrès de psychiatrie, nous formulerons celui que la personnalité même de l'assistante soit prise en considération pour un rôle aussi important que délicat.

O. CHABAS.

Hôtel du Praz de Lys sur Taninges.
(Haute-Savoie).

NIVEAU MENTAL ET DÉCHÉANCE DE LA PUISSANCE MATERNELLE

PAR

le Dr BONNIS., France

Dans l'étude des rapports de la délinquance et de la débilité mentale, deux points sont, entre autres, à envisager :

1° Y a-t-il chez les délinquants, un plus grand nombre de débiles mentaux que chez les non-délinquants ;

2° Mais aussi, y a-t-il chez les débiles mentaux un plus grand nombre de délinquants que chez les non-débiles — ce qui devrait être logiquement si la débilité mentale était cause de délinquance.

Sur ce deuxième point, le Dr Healy nous a rapporté qu'aux États-Unis, sur le total des déficients, un nombre relativement petit devenaient des délinquants. Les constations que j'ai pu faire à Paris, non pas directement mais indirectement sur ce deuxième point, paraissent confirmer cette conclusion, et ce sont ces constatations que je voudrais vous exposer brièvement.

Au Service social de l'Enfance, attaché au Tribunal pour enfants de la Seine, nos examens (au nombre de quelques milliers) ont porté sur 3 groupes d'enfants :

1° Groupe de ***délinquants.***

2° Groupe d'enfants ***difficiles,*** ayant des troubles du caractère, de la conduite et pour lesquels les parents appellent l'aide du magistrat sous forme de demande de ***« correction paternelle ».*** Ces enfants n'ont parfois échappé à l'inculpation que par chance ou peut-être aussi par intelligence.

3° Groupe — et c'est de beaucoup le plus nombreux — groupe d'enfants dont les parents ont fait l'objet ***d'une plainte en déchéance de la puissance paternelle,*** c'est-à-dire parents indignes, alcooliques le plus souvent, pères violents, mères prostituées, etc... donc groupe d'enfants négligés, battus souvent et à protéger du milieu familial.

En comparant les niveaux mentaux de ces trois groupes d'enfants (par sous-groupe d'âges équivalents : sous-groupes de 8 à 13 ans ½ — sous-groupe de plus de 13 ans ½) un fait se dégage net. C'est le pourcentage plus élevé de niveaux inférieurs chez les enfants du groupe des déchéances — enfants à protéger du milieu familial. Cela ne nous étonne pas puisque nous connaissons l'influence du milieu sur le développement du niveau mental.

Mais — et c'est sur ce point que j'attire votre attention — ces enfants, chez

[illegible]

SÉANCE DE CLOTURE

A l'issue des exposés [illegible] scientifiques, une séance officielle fut consacrée, après la lecture du discours de clôture de M. le Dr Heuser, à la discussion des vœux émis au congrès, puis à la discussion de la création d'une Société internationale de l'[illegible] sportive.

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR HEUYER

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

MESDAMES,

MESSIEURS,

MES CHERS COLLÈGUES,

Le congrès a terminé ses travaux. Il paraît opportun d'en résumer les traits essentiels et d'indiquer quelques réflexions avant de vous présenter les vœux que vous aurez à émettre.

D'abord, je crois que nous pouvons exprimer une satisfaction : celle que nous donne la réussite de ce congrès. Vous êtes venus nombreux à chaque séance. De plus, jusqu'au dernier jour, ce qui se voit rarement, il y a eu des adhérents nouveaux qui se sont inscrits. Ainsi a été démontrée la légitimité du 1er Congrès International de Psychiatrie Infantile, puisque nous pouvons dire que nous avons réuni ici l'élite des psychiatres qui, dans le monde entier, s'occupent de l'assistance, de l'éducation et du traitement des troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant.

Le premier Congrès de Psychiatrie Infantile n'avait pas de tradition. A la séance inaugurale, j'ai indiqué les raisons pour lesquelles notre bureau avait choisi les trois sujets qui étaient mis à l'ordre du jour et avait préféré demander à de nombreux rapporteurs de diverses nations de donner leur avis sur chacune de ces questions. Au début du congrès, un certain nombre d'adhérents ont trouvé qu'il y avait un trop grand nombre de rapporteurs et qu'il serait difficile de donner à chacun le temps suffisant pour leur permettre d'exposer les questions traitées. Mais les rapports avaient été distribués avant le congrès. De plus, chacun d'entre vous avait des résumés des rapports en français, en allemand et en anglais ; ainsi, il a été possible à chaque rapporteur de nous exposer en vingt minutes l'essentiel de son rapport et de ses travaux. On peut dire beaucoup de choses en vingt minutes et la plupart des rapporteurs ont montré qu'ils savaient joindre la précision à la concision.

Le premier rapport de *psychiatrie générale* : « les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile », a permis de connaître les travaux faits dans les divers pays sur cette question nouvelle qui sera peut-être, dans les années futures, à la base de la pédagogie, de même que les travaux de BINET sur les tests mentaux ont renouvelé complètement la psychologie de l'enfance et les notions classiques de pédagogie.

Certes, il a été regrettable de n'avoir point entendu l'exposé du rapport qui avait été demandé au Professeur IVANOV SMOLENSKY, élève de PAVLOV.

Il eût été désirable de connaître l'avis des savants soviétiques et notamment d'un ancien élève de Pavlov sur la question mise à l'ordre du jour.

Quoi qu'il en soit, les rapports présentés montrent que la question est étudiée dans la plupart des pays.

Toutefois, je me permettrai de dire aux rapporteurs qu'il était surtout désirable d'entendre exposer une technique de recherches. Actuellement, l'étude des réflexes conditionnels est encore un travail de laboratoires très spécialisés et nécessite des installations onéreuses et délicates. Il serait important de savoir si une technique relativement simple et pratique peut être employée dans les services de psychiatrie et dans les établissements où nous devons observer, éduquer et traiter des enfants psychopathes. Or, la plupart des rapporteurs nous ont donné surtout leur avis sur l'application théorique des réflexes conditionnels en psychiatrie infantile. Ils ont interprété dans le sens des réflexes conditionnels des faits que nous connaissons bien et qui avaient déjà été interprétés dans un autre sens par les psychanalystes. Il n'est pas douteux, à ce point de vue, qu'une grande partie des interprétations psychanalytiques peuvent être expliquées par le mécanisme des réflexes conditionnels. Mais ce sont là des considérations théoriques. Il est surtout utile que nous ayons en mains une technique précise. Or, peu de rapporteurs ont fait de la technique le sujet de leur travail. Aussi devons-nous remercier tout spécialement ceux d'entre eux qui se sont efforcé d'apporter une instrumentation et une méthode pratiques que nous pouvons utiliser dans nos services.

Le sujet de *psychiatrie scolaire* : « les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant », était particulièrement vaste. Chacun des rapporteurs ne pouvait traiter, dans les 20 pages qui lui étaient fixées, qu'une partie de la question. Chacun d'eux était d'ailleurs tout à fait libre de faire le choix qui lui convenait. Dans ce sujet, il y avait deux parties qui n'étaient nullement comparables : l'une relativement facile ; l'autre très difficile à traiter.

Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence, c'est-à-dire destinées particulièrement à l'enseignement des enfants arriérés, peuvent être très variables. Mais nous pouvons dire que presque toutes donnent d'excellents résultats, lorsqu'elles sont entre les mains de pédagogues avisés et dévoués. On peut discuter pour savoir si la méthode de lecture globale est préférable à la méthode de lecture analytique. Peut-être le choix de l'une ou de l'autre méthode n'a-t-il pas une très grande importance. Il n'est pas douteux non plus que pour les arriérés toute méthode concrète est préférable à une méthode abstraite et qu'il est, avant tout, essentiel de développer chez eux les acquisitions sensorielles sans lesquelles aucun progrès ne peut être fait. Enfin, tous les pédagogues et les psychiatres sont d'avis aussi que, selon la loi du parallélisme psychomoteur mise depuis longtemps en évidence par le Professeur Dupré, il est important que toute la pédagogie des arriérés soit soutenue par un enseignement gymnastique, de façon à développer le plus possible les aptitudes motrices des sujets.

Tous les rapporteurs ont insisté sur ces diverses parties de l'éducation des arriérés et je crois qu'à ce point de vue un accord unanime peut être facilement établi.

Il n'en est pas de même pour les méthodes d'éducation dans les troubles du caractère de l'enfant.

Au point de vue pratique, ce sont les troubles du caractère qui causent les plus grandes difficultés dans l'adaptation sociale de l'enfant et qui le mènent à la délinquance ou à la psychopathie. Or, nous aurions désiré trouver dans les rapports des méthodes très précises d'éducation pour redresser les caractères

difficiles. Sans doute, les psychanalystes peuvent nous dire qu'ils connaissent les méthodes à employer et qu'un traitement psychanalytique régulier et longtemps soutenu permet le redressement des caractères les plus difficiles. Cette affirmation peut être partiellement exacte quand il s'agit d'un traitement individuel des troubles caractériels qui gênent l'adaptation du sujet au milieu familial ou à l'école. Mais, dans les établissements qui réunissent des enfants délinquants ou des enfants difficiles que leur instabilité ou leur déséquilibre n'a pas permis de laisser dans un milieu normal, les méthodes psychanalytiques ne sont plus de mise. Il s'agit d'appliquer des méthodes d'éducation collective, de même que dans les établissements pour enfants arriérés, il faut des méthodes d'enseignement collectif. Or, nous n'avons guère trouvé dans les rapports qui nous ont été présentés des méthodes précises qui puissent être appliquées à des groupes d'enfants, même s'ils sont sélectionnés par catégorie.

On en revient toujours à deux principes qui sont bien connus dans l'éducation des enfants difficiles :

1º la séparation du milieu familial ;

2º la thérapeutique par le travail.

Mais nous aurions aussi désiré trouver des indications plus précises sur une thérapeutique affective à appliquer dans des cas déterminés.

La troisième question de *psychiatrie juridique* a soulevé des difficultés qui ont été un peu inattendues. Dans son rapport, le Professeur Vermeylen a dit que la question avait été mal posée. Votre bureau avait accepté la proposition de M. le Docteur Paul Boncour qui avait demandé de mettre à l'ordre du jour du congrès « le rôle de la débilité mentale comme cause de délinquance infantile ». Ce n'était pas un sujet neuf. Mais il avait paru nécessaire, dans un premier congrès de psychiatrie infantile, de proposer des sujets qui intéressent à la fois les psychiatres, les éducateurs et les juristes. Cette question devait être assez compréhensive pour permettre à tous les pays de donner leur avis, qu'il s'agisse de ceux qui ont déjà une opinion solidement établie d'après des statistiques sur les rapports de la débilité mentale et de la délinquance, ou de ceux dans lesquels les causes de la délinquance commencent seulement à être étudiées.

Lorsque j'ai proposé ce sujet à M. le Docteur Healy et que j'ai demandé à notre illustre collègue de bien vouloir être rapporteur pour l'Amérique du Nord, le grand psychiatre de Boston m'a répondu une lettre un peu ironique et sceptique ; il déclarait qu'il ne comprenait pas beaucoup l'intérêt de cette question et que tout avait été dit à ce sujet. C'est un peu ce qu'il nous a exposé avec beaucoup de verve et d'éloquence aujourd'hui. Nous connaissons depuis longtemps les très complètes statistiques qu'il a publiées. Toutefois, à la fin de l'exposé des divers rapporteurs et après les discussions que nous avons entendues, il m'est apparu que la question, loin d'être épuisée, comme le pensait M. Healy, est à peine ébauchée et j'en suis venu à admettre que M. Vermeylen avait peut-être raison en disant que la question avait été mal posée.

C'est dans cette circonstance qu'a été démontrée la nécessité de ce congrès international de psychiatrie infantile. Il nous a permis en effet de constater que, sur des termes, qui paraissent bien précis pourtant à certains d'entre nous, nous ne pouvons pas nous entendre, car ces termes, dans nos langages différents, n'ont pas le même sens. Ainsi il a été très difficile de s'entendre sur le terme de débilité mentale. Pour certains rapporteurs, la débilité mentale groupe à la fois l'arriération intellectuelle et les troubles du caractère. En réalité, dans l'esprit de votre Bureau, il s'agissait seulement de préciser le rôle de l'arriération intellectuelle comme un des facteurs de la déliquance infantile. Sans doute, nous

savons bien qu'un enfant ne devient pas délinquant parce qu'il est inintelligent ; il y a d'autres causes sociales qui déterminent sa délinquance. Mais encore une fois, nous avions voulu que la question fût traitée du point de vue pratique. Or, quand on est en présence d'un enfant délinquant, la première question qui se pose à l'esprit du médecin comme à celui du juge ou de l'homme de la rue est celle-ci : cet enfant comprend-il ce qu'il a fait ? Il importe d'abord de savoir si l'enfant ou l'adolescent est intelligent, s'il a la notion de ce qui est permis ou défendu et, si, en vue de la thérapeutique et des moyens de redressement, on peut s'adresser à son intelligence pour améliorer la conduite.

Il ne s'agit donc pas seulement d'une question de statistique, mais surtout de la définition de la débilité mentale. Or, il est manifeste que l'entente n'était pas faite entre nous, ni sur le terme de débilité mentale, ni sur les autres éléments de la question. Il est ainsi devenu évident qu'il faut d'abord unifier notre nomenclature. Dans un congrès ultérieur, cette question d'unification des termes devra prendre une grande place, pour que nous puissions nous entendre et avoir véritablement un langage scientifique international.

Il me reste, Messieurs, à remercier les rapporteurs, les divers orateurs qui se sont succédés et qui nous ont apporté des communications.

Il a paru manifeste d'un bout à l'autre de nos travaux que deux préoccupations essentielles les inspiraient.

D'une part, nous avons noté le désir de faire pénétrer dans la psychiatrie infantile les méthodes de mesure. Seules, elles peuvent apporter un progrès scientifique dans l'appréciation des troubles de l'intelligence sinon des troubles du caractère et du rôle de l'hérédité et du milieu dans la constitution de la personnalité de l'enfant. A ce sujet, le remarquable rapport du Docteur Postma nous a apporté un procédé d'investigation scientifique qui mérite d'être retenu et expérimenté.

Les tests, les enregistrements graphiques, les méthodes statistiques permettent d'obtenir des renseignements objectifs qui peuvent être compris et comparés dans les divers pays beaucoup mieux que les réponses à des interrogatoires qui dépendent souvent des interprétations personnelles du Médecin. Certes, il faut être prudent quand on veut tirer des conclusions et ne pas s'en tenir toujours aux excessives précisions de niveaux mentaux et de quotients intellectuels. Toutefois tout procédé qui permettra d'apporter un peu plus de rigueur dans les recherches psychologiques donnera une base scientifique plus solide à la pédagogie.

D'autre part, l'effort de la psychiatrie infantile s'oriente surtout vers l'adaptation sociale des sujets qui sont l'objet de nos études. Il ne suffit pas de donner aux enfants un traitement médical, de leur faire acquérir des notions pédagogiques ; il faut chercher à les reclasser dans la société selon leurs aptitudes intellectuelles, leur adresse manuelle et leurs réactions affectives. Avant de prendre une décision pour donner à l'enfant l'orientation qui lui convient, il est nécessaire de l'observer longuement dans les diverses circonstances de sa vie familiale, scolaire et sociale. Quand il s'agit d'enfants délinquants, toute mesure de reclassement ou de répression ne peut être prise qu'après une longue observation dans un centre spécialisé, sous une direction psychiatrique.

Ainsi, études scientifiques avec des procédés de recherches tendant à la mesure des enfants que nous dépistons et efforts vers l'adaptation sociale des enfants que nous traitons, sont les deux tendances qui se dégagent des travaux du 1er Congrès International de Psychiatrie Infantile. Ce sont ces tendances qui sont exprimées dans les vœux qui vont être soumis à votre approbation. La plupart d'entre eux ont été proposés par le Professeur Fontes, de Lisbonne.

VŒUX ADOPTÉS PAR LE CONGRÈS

Ier Vœu

Fondation d'une Société internationale de psychiatrie infantile dont l'organisation est actuellement poursuivie.

IIe Vœu

Obligation d'un examen médico-psychologique systématique, dans un centre spécialisé, de tous les enfants délinquants.

IIIe Vœu

Collaboration médico-pédagogique étroite dans tous les centres de rééducation et de perfectionnement consacrés aux enfants déficients et psychopathes, qu'ils soient sous la direction de psychiatres, de pédiatres ou de pédagogues spécialisés.

IVe Vœu

Création d'une commission consacrée à l'établissement d'une nomenclature et d'instruments de mesure internationaux.

Ve Vœu

Étude rigoureuse et scientifique des conditions sociales de la délinquance.

CRÉATION DU COMITÉ INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

COMITÉ D'EXÉCUTION

Membres du Comité

COMITÉ D'ORGANISATION

CRÉATION DU COMITÉ INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

Ce congrès, loin de demeurer platonique, vit sa réussite consacrée par la création d'un comité international de Psychiatrie infantile.

Ce Comité est lui-même composé d'un comité d'exécution et d'un comité d'organisation, dont voici la liste des membres :

COMITÉ D'EXÉCUTION

Président	: M. le Pr Schröder (de Leipzig).
Vice-Président	: Dr Heuyer (France).
Secrétaire Général	: Dr Tramer (Suisse).
Secrétaire Adjoint	: Dr Michaux (France).
Trésorier	: Dr Brantmay (Suisse).

Membres du Comité

Dr Ruggles (Amérique).
Dr Healy (Amérique).
Miss Ruth Darwin (Grande-Bretagne).
Prof. di Tullio (Italie).
Prof. Belbey (République Argentine).
Prof. Hambürger (Autriche).
Prof. Titu Gane (Roumanie).
Dr Ramer (Suède).
Dr Hassouna Bey (Égypte).
Prof. Vermeylen (Belgique).
Dr Postma (Hollande).
Prof. Pacheco e Silva (Brésil).

COMITÉ D'ORGANISATION

ALLEMAGNE	: Prof. Rüdin, prof. Schröder (Leipzig). Prof. Kretschmer (Marburg), Prof. Pohlisch (Bonn). Prof. Peiper (Wuppertal-Barmen), Prof. Ibrahim (Jéna). Prof. Burger-Prinz (Hamburg), Prof. Thiele (Berlin). Prof. Többen (Munstern), Prof. Schmitz (Bonn). Prof. Dubitscher (Berlin).
AUTRICHE	: Prof. Heinrich Kogerer, Prof. Charlotte Buhler. Prof. Hambürger, Dr Friedjung.
BELGIQUE	: Dr Rouvroy, Prof. Vermeylen, Dr P. Vervaeck. Mme le Dr Jadot-Decroly.
BRÉSIL	: Dr Léonido Ribeiro, Pacheco e Silva.
CANADA	: Dr F. X. Duplessis.
CHILI	: M. Juan Garafulic.
DANEMARCK	: Dr Norwig.
ÉGYPTE	: S. Exc. le Dr Haffez-Haffifi, Dr Hassouna Bey.
ESPAGNE	: Dr Miguel Prados Such, Dr José Solis Suarez.
ÉTATS-UNIS	: Assistant Surgeon Général Walter L. Treadway. Dr Arthur Ruggles, Superintendant of Butler Hospital Providence, R. I., Dr Healy.
FINLANDE	: Dr Lauri Saarnio, médecin Chef de l'Asile d'Aliénés de Harjuvalta.
FRANCE	: Dr Brissot, Dr Roubinovitch, Dr Paul Boncour.
Gde BRETAGNE	: Miss Ruth Darwin, Dr Kate Fraser, Miss Councillor Kings-Mill Jones, Dr Horncastle, Dr E. Miller, Dr Earl.
HOLLANDE	: Prof. K. H. Bouman.
ITALIE	: Prof. di Tullio, Prof. Cacchione, Dr Corberi.
LITHUANIE	: Dr Jozuas Blazys.
LUXEMBOURG	: Dr Ernest Stumper.
MEXIQUE	: Dr Alfonso Millan.
MONACO	: Ch. Bellando de Castro, Conseiller à la Légation de Monaco.
NORVÈGE	: Dr Hans Evensen (de Gaustad).
PORTUGAL	: Pr. V. Fontes.
RÉP. ARGENTINE	: Pr José Belbey (de Buenos-Ayres) Université de La Plata et de la Société de Psychiatrie de Buenos-Aires.
ROUMANIE	: Prof. Marinesco, Fac. de Médecine de Bucarest.
SUISSE	: Dr Tramer, Dr Repond.
SUÈDE	: Dr Torsten Ramer (Stockholm), Pr Wigert (Stockholm), Prof. Wernstedt (Stockholm).
TURQUIE	: Prof. Mazhar Osman, méd. ch. de l'Hôp. des Maladies nerveuses de Bakirkeuï à Istambul.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE

Le succès du congrès ayant montré l'intérêt et l'utilité de ses travaux, le grand nombre de ses assistants de divers pays ayant prouvé sa portée internationale, il fut décidé par le comité international qu'un second congrès se tiendrait à Leipzig en 1941. Il aura pour Président, M. le Professeur SCHRÖDER, à qui incombera son organisation.

GROUPEMENT FRANÇAIS D'ÉTUDES DE NEUROPSYCHOPATHOLOGIE INFANTILE

Autre consécration de ce congrès riche en résultats, la création de ce groupement fut décidée par un grand nombre de congressistes français.

Actuellement en cours d'organisation, il sera dirigé par un comité directeur, aura son siège à Paris et vraisemblablement un journal sera réservé aux travaux du groupement.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Journée du Samedi 24 Juillet.

Visite de la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse

Après la séance inaugurale, des autocars emmenèrent les congressistes à l'asile de Perray-Vaucluse où eut lieu dans la matinée, la visite de la colonie d'enfants de Perray-Vaucluse que dirige M. le Dr BRISSOT.

Les nouveaux bâtiments, la plage solaire notamment, retinrent tout particulièrement l'attention des congressistes que M. le Dr Brissot reçut dans le cadre boisé et pittoresque de ce bel asile. Un déjeuner offert par le Conseil général de la Seine réunit les membres du deuxième congrès d'Hygiène mentale et du premier congrès de Psychiatrie infantile. Dressé sous une magnifique tente pavoisée, il fut présidé par M. le Dr CASALIS, vice-Président du Conseil général qui prononça un discours de bienvenue. Prirent la parole également, M. le Dr René CHARPENTIER, Président du Comité du Programme du IIe Congrès d'Hygiène mentale, M. le Dr HEUYER, Président du comité d'organisation du 1er Congrès de Psychiatrie infantile, M. le Prof. WIGERT au nom des délégués étrangers. De très nombreuses personnalités médicales, scientifiques et administratives étaient présentes. Qu'on nous excuse de ne pouvoir les nommer toutes ! Citons parmi elles, M. SEGUIN, Directeur des Affaires Départementales, M. MICHAUT, Directeur adjoint, M. POHER, Chef de Bureau de l'Assistance Départementale, M. le Prof. RUDIN, M. le Dr GENIL-PERRIN, Secrétaire général du IIe Congrès d'Hygiène mentale, M. CLIFFORD W. BEERS, secrétaire permanent, M. CHABANON Directeur de l'Asile de Perray-Vaucluse.

Visite de l'Internat de Perfectionnement d'Asnières

Les congressistes regagnèrent leurs autocars après le déjeuner pour se rendre à l'Internat de Perfectionnement d'Asnières. Il y eut malheureusement à déplorer quelque flottement dans le retour de Perray-Vaucluse : à cause de l'heure tardive, il fut impossible de faire la visite prévue. Quelques congressistes s'y rendirent néanmoins et furent reçus par M. FRESNEAU et M. le Dr ROUBINOVITCH, médecin inspecteur. La plupart se rendirent directement au Quai d'Orsay, à la réception du Ministère des Affaires Étrangères.

Une nouvelle visite fut organisée le Jeudi. Les congressistes, qui s'y rendirent furent reçus par M. VIENNE, Directeur administratif et M. FRESNEAU, Directeur pédagogique.

Thé offert

par Monsieur le Ministre des Affaires Etrangères,

dans les Salons du Ministère des Affaires Etrangères

A 5 heures les congressistes furent reçus par Monsieur LAUGIER, Chef de Cabinet du Ministre, et par Monsieur le Chef de Cabinet adjoint. Tout le Congrès eut alors le plaisir particulièrement rare de pouvoir visiter les splendides Salons et Jardins du Ministère des Affaires Étrangères. Et le buffet, dressé dans un des beaux Salons du Ministère, ne fut pas un des moindres agréments de cette réception située dans un cadre véritablement admirable.

Dîner offert par le Comité

d'Organisation et le Comité de Propagande à Messieurs les Délégués Etrangers

et à Messieurs les Rapporteurs, sous la

Présidence de M. le Prof. CLAUDE, *du Comité Français*

Ce dîner eut lieu au vieux Café d'Harcourt aux décors bien rajeunis d'ailleurs, et ce fut pour certains congressistes une douce émotion d'évoquer à cette occasion des souvenirs du Quartier Latin qu'ils avaient autrefois fréquenté.

Ce fut M. le Professeur Claude, Président d'honneur du Congrès, qui présida ce premier Banquet du Congrès, offert à Messieurs les délégués étrangers et à Messieurs les rapporteurs. A cette occasion il prononça l'allocution suivante :

MESDAMES, MESSIEURS,

« Il m'est bien agréable de vous dire combien nous sommes heureux de vous voir groupés aussi nombreux autour de ces tables et de vous savoir, dans ce cadre très simple, réunis par l'intérêt que vous portez de plus en plus à la Psychiatrie Infantile. Certes, depuis quelque temps déjà nos progrès s'avèrent de plus en plus grands dans tous les pays et les recherches se multiplient pour favoriser l'extension de notre œuvre médico-sociale. Il y a lieu toutefois maintenant de tendre davantage à coordonner nos efforts et nous avons pensé que, dans ce but, il y aurait intérêt à grouper quelques-uns des représentants des diverses nations dans un comité d'initiative qui favoriserait de temps en temps certaines réunions, comme ce Congrès en a donné l'exemple, de façon à donner certaines directives et discuter certaines idées nouvelles dont le caractère prendrait plus de valeur par la discussion à laquelle elles seraient soumises.

Voilà donc un des buts de cette réunion tout amicale. Vous pourrez réfléchir à notre proposition que notre Président va développer et exposer avec plus de détails. Je souhaite qu'elle prenne corps et contribue au développement de la Psychiatrie infantile auquel nous donnons tous nos efforts. »

Après un exposé, fait par M. le Dr HEUYER et par M. le Prof. TRAMER, la création d'un Comité de Psychiatrie Infantile fut décidée et le principe d'un comité provisoire accepté.

Journée du Dimanche 25 Juillet.

Visite de la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile

Le matin, à 9 heures, les congressistes se sont rendus à la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile. M. le Dr Heuyer, médecin des Hôpitaux de Paris, médecin-chef adjoint à l'Infirmerie Spéciale, en tant que Chef de Service, expliqua le fonctionnement de son service qui dépend de l'Assistance Publique. Répartis par groupes les congressistes se rendirent également, sous la conduite des collaborateurs de M. le Dr Heuyer, au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence attenant aux locaux de la clinique.

A 10 h. ½, des autocars ont alors emmené les congressistes pour FONTAINEBLEAU où eut lieu la visite du Château. Le déjeuner fut servi à Barbizon, rendu célèbre par l'atelier du peintre Millet.

Thé offert

par Madame la Marquise de Ganay.

En fin d'après-midi, Madame la Marquise de Ganay en son Château de Courange reçut les congressistes avec son fils et sa belle-fille, le Comte et la Comtesse de Ganay. Les congressistes purent admirer le très beau Château Louis XIII, d'une grande richesse artistique, notamment par ses tapisseries et ses tableaux. Un thé leur fut ensuite offert sous les ombrages de la Terrasse. Les membres du Congrès reprirent alors le chemin de Paris, ravis de la charmante hospitalité que leur avait réservée Madame la Marquise de Ganay.

Journée du Lundi 26 Juillet.

Réception par le conseil municipal à l'Hôtel de Ville de Paris

Sa première journée de travail achevée, le Congrès fut reçu dans les salons de l'Hôtel de Ville par M. Faillot, président du Conseil Municipal, M. le Dr Crussaire, Secrétaire du Conseil Municipal et MM. Casalis et Schnitzer. Avant de passer dans le salon où se dressait le buffet, les délégués étrangers marquèrent leur passage en signant le Livre d'Or du Conseil Municipal.

Visite des salles éclairées du Musée du Louvre

La soirée du lundi avait été réservée à la visite de la Salle des Antiques éclairées à la lumière artificielle. Réunis à la porte Denon, les congressistes qui avaient revêtu la tenue de soirée furent répartis en trois groupes de langue allemande, anglaise et française. Des conférencières et conférenciers, élèves et anciens élèves de l'École du Louvre commentèrent cette visite dirigée qui eut le plus grand succès auprès de tous les congressistes.

Journée du Mardi 27 Juillet.

Réception au Palais de l'Élysée par M. le Président de la République

Cette deuxième journée de travail se termina par une réception à la Présidence de la République, par M. Albert Lebrun, Président de la République et Madame Albert Lebrun, assistés de M. le général Braconnier, chef de la Maison Militaire.

Cette réception était commune aux membres de notre congrès et à ceux du IIe congrès international d'Hygiène mentale et du IXe Congrès de Psychologie.

Chacun des congressistes a été présenté individuellement à Monsieur le Président de la République.

Deux buffets étaient dressés dans le magnifique Jardin de l'Élysée et la Musique de la Garde Républicaine se fit entendre pendant la garden-party inoubliable qui se termina à 7 heures.

Journée du Mercredi 28 Juillet.

Banquet du Congrès sous la Présidence de Monsieur Marc Rucart, Ministre de la Santé Publique

Le banquet du Congrès eut lieu le soir de la dernière séance de communications. Il se tint au Bois de Boulogne au Pavillon Dauphine. Il groupa près de 300 membres et la plupart des Professeurs et Délégués étrangers étaient présents ainsi que de nombreuses dames.

A cette occasion le Congrès entendit le Discours de son Président, M. le Docteur Heuyer, celui de M. Marc Rucart et le discours de M. le Professeur Marinesco.

Discours de M. le Docteur Heuyer, *Président du Congrès.*

Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Délégués etrangers,
Mesdames, Messieurs et Chers Collègues,

Voici l'heure du palmarès ! C'est avec la plus grande joie que je remercie tous ceux qui ont bien voulu contribuer au succès du premier Congrès International de Psychiatrie Infantile.

D'abord, vous, Monsieur le Ministre. Lorsque vous étiez Ministre de la Justice, vous avez déjà bien voulu nous accorder votre patronage. Vous saviez par des expériences récentes et multiples que, pour le dépistage et le redressement des enfants coupables, les psychiatres pouvaient vous aider dans votre œuvre de réorganisation des maisons d'éducation surveillée. Au Comité Central de Prophylaxie Criminelle, vous avez bien voulu demander à plusieurs d'entre nous des rapports concernant les centres d'accueil et vous aviez même nommé à la direction d'une maison de rééducation de filles un Médecin d'un Hôpital Psychiatrique.

Actuellement, à la Santé Publique, vous n'avez pas abandonné vos projets qui concernent l'amélioration du sort des enfants délinquants. Un de vos premiers actes comme Ministre de la Santé Publique a été de tenter de réunir, sous votre Direction, tous les services concernant l'enfance anormale et l'enfance coupable. En effet, devant le Tribunal des Mineurs, dans les patronages et dans les maisons d'éducation surveillée, les enfants qui ont commis des délits et qui sont l'objet d'une mesure de redressement sont toujours des enfants malheureux. ils sont le plus souvent des enfants malades : malades de l'esprit, déficients de l'intelligence, déséquilibrés du caractère. Ce sont des faits qui nous paraissent, à nous psychiatres, si évidents que les dire de nouveau semble une banalité. Mais, il y a encore des milieux dans lesquels ces truismes sont des paroles révolutionnaires. Cependant, vous, Monsieur le Ministre, vous savez qu'ils n'expriment que la plus évidente des vérités et vous voulez réaliser enfin les mesures qui seront seules efficaces, non seulement pour améliorer le sort des enfants dits coupables, mais pour réaliser vraiment une œuvre de prophylaxie criminelle.

Comme Ministre de la Santé Publique, vous n'oubliez pas non plus de réaliser les projets de loi qui sont le fruit des travaux des Commissions créées par votre prédécesseur. Une conversation récente avec votre Chef de Cabinet Technique. le Docteur Cavaillon, m'a assuré que les travaux accomplis par la Commission Interministérielle de l'Enfance Déficiente pourraient, malgré la difficulté des temps, se réaliser peu à peu sous votre Ministère.

Je vous remercie, Monsieur le Ministre, d'avoir montré par votre présence ici que les pouvoirs publics, en France, s'intéressent au progrès de la Psychiatrie Infantile, dont il n'est pas exagéré de dire qu'ils sont à la base même de toute la prophylaxie mentale et de toute la prophylaxie criminelle. Les 415 Membres du Congrès, qui représenetnt 26 nations, les 50 délégués de Gouvernements envoyés par 23 nations différentes, peuvent vous dire que, dans la plupart des pays du monde, les mesures prises en faveur de l'enfance déficiente sont au premier plan de la protection de l'enfance en général.

Je remercie le Commissariat Général de l'Exposition en la personne de M. Boissard et de M. Bonnault, qui ont pris réellement l'initiative de ce Congrès et qui nous ont fourni les moyens de le mener à bien. Nous leur sommes très reconnaissants de leur aide et de leurs conseils.

Monsieur le Président de la République et Madame Lebrun ont reçu hier nos remerciements et nos hommages pour l'aimable garden-party qu'ils ont offerte aux Membres du Congrès. Je sais par les conversations que j'ai eues avec nos collègues étrangers combien ceux-ci ont été séduits par la simplicité démocratique du Président de la République et par l'amabilité charmante de Madame Lebrun. Ils m'ont chargé d'être leur interprète pour exprimer publiquement l'expression de leur gratitude.

Je n'oublie pas le Ministère des Affaires Étrangères, notamment en la personne du Chef du Cabinet du Ministre, notre ami Henri Laugier et M. Marx, Directeur du Service des Œuvres, qui, dès le premier jour, nous ont donné un encouragement et une aide matérielle importante.

Je remercie le Conseil Général de la Seine et la Préfecture de la Seine, notamment la Direction des Affaires Départementales, pour leurs invitations amicales aux Membres du Congrès, il y a quelques jours, à Perray-Vaucluse, et, prochainement, à Montesson.

Je remercie le Conseil Municipal de Paris, qui a bien voulu nous recevoir à l'hôtel de ville.

Je remercie nos rapporteurs qui nous ont donné, pendant ces trois jours de travail, la preuve que le Comité d'Organisation avait eu raison de choisir les trois sujets qui étaient mis à l'ordre du jour. Les trois volumes de rapports constituent des documents qui laisseront dans les bibliothèques un souvenir vivant, parce que, inévitablement évoqué dans les recherches scientifiques concernant les sujets étudiés par le Congrès International de Psychiatrie Infantile.

Messieurs, avez-vous soupçonné le travail fatigant, les tours de force incessants accomplis par nos traducteurs, MM. Kaminker, dans leurs traductions automatiques avec le système Filène Finlay. — Un Congrès qui se réunissait sous l'égide de l'Exposition : Art et Technique se devait d'employer la plus moderne

technique. Mais elle n'a été possible que grâce à l'adresse, à la science et au dévouement de MM. Kaminker. Qu'ils en soient publiquement félicités et remerciés.

Je remercie les savants étrangers qui, malgré la crise, la difficulté des changes, la cherté des devises sont venus nous faire connaître leurs travaux scientifiques, les progrès réalisés dans leur pays et nous donner le réconfort de leur présence dans la lutte, quelquefois difficile, soutenue par ceux qui veulent obtenir des pouvoirs publics des réalisations efficaces en Psychiatrie Infantile.

Il me reste à remercier les Membres de notre Comité d'honneur qui nous ont fourni l'appui de leur autorité pour donner la vie à ce Congrès, les Membres du Comité de Propagande avec lesquels nous avons collaboré depuis six mois et qui nous ont fourni leurs suggestions pour dresser le programme du Congrès.

Puis mes remerciements iront à mes collaborateurs du Comité d'Organisation : le Docteur Brissot, Vice-Président, le Dr Michaux, Secrétaire Général, le Dr Leconte, Secrétaire Général Adjoint et Mme Delcuzy-Maire qui ont organisé les Banquets du Congrès, Mme Horinson qui a assuré un travail continu et fatigant ; nos trois Secrétaires de Section : Mlle Badonnel, Mme Bernard-Pichon, Mme Roudinesco, notre Commissaire Général M. Fortineau, qui fut toujours à la peine sans être à l'honneur et toutes nos aimables collaboratrices dont le zèle gracieux a rendu souriant le visage un peu sévère d'un Congrès scientifique. Nos remerciements aussi à Mme Herold qui a orné la table de notre Banquet, avec les fleurs du Centre d'apprentissage horticole d'Arnouville-Gonesse.

Je garde pour la fin notre Trésorier ou plus exactement notre ménage de Trésoriers. Avant d'organiser un Congrès, je n'en pouvais pas soupçonner les difficultés de comptabilité : relations avec les congressistes, avec les hôtels, les agences de tourisme, les imprimeurs, etc... C'est toute une tenue de livres qui est d'une complication inimaginable. Or, notre budget est à peu près en équilibre. Aussi, Monsieur le Ministre, si votre collègue des Finances a besoin d'un collaborateur et, peut-être d'une collaboratrice, je vous signale que le Docteur Grimbert et Mme Grimbert ont des aptitudes financières surprenantes pour établir l'équilibre d'un bugdet. A notre époque de pareils collaborateurs ne sont pas à négliger !

Et maintenant, merci à tous ; nous avons fini de travailler. A partir de demain, nous allons nous promener, d'abord à Yvetot pour voir un Institut Médico-Pédagogique et pour faire une excursion dans l'admirable vallée de la Seine que nous sommes heureux et fiers de montrer aux touristes étrangers. J'espère que vous viendrez nombreux ; nous devons visiter Rouen, une des plus belles villes de France, que l'on appelle la ville musée, et la fin de la vallée de la Seine, harmonieuse dans son paysage et riche de souvenirs historiques. Vendredi, nous irons à Montesson visiter l'École Théophile Roussel. Samedi à Blois où nous verrons à la Fondation Dessaigne un service d'épileptiques. Pendant ce temps, ceux qui le voudront iront visiter la Maison surveillée de Fresnes, grâce à l'autorisation qu'a bien voulu nous donner Monsieur le Ministre de la Justice.

Puis nous nous séparerons, tristes de nous quitter parce que des amitiés internationales se sont liées ; mais heureux d'avoir accompli du bon travail.

Messieurs, je lève mon verre en l'honneur de Monsieur le Président de la République Française, en votre honneur, Monsieur le Ministre, à vous, Mesdames et Messieurs les Délégués étrangers, à vous tous, mes Chers Collègues et Amis.

Discours de Monsieur Marc Rucart, *Ministre de la Santé Publique.*

Mesdames,

Messieurs,

Je remercie le Comité d'Organisation du Ier Congrès de Psychiatrie Infantile de m'avoir demandé de présider votre Banquet.

Je vois que vous êtes venus très nombreux pour clore vos travaux d'agréable façon. Je suis très heureux de vous apporter le témoignage que le Ministre de la Santé Publique s'intéresse particulièrement aux questions que vous avez traitées au cours de vos séances de travail.

Votre Congrès, qui est le premier de ce genre, et dont la réussite a été incontestable, me donnera une aide supplémentaire lorsque, dans les Conseils du Gouvernement, j'aurai à défendre le sort de l'enfance malheureuse, déficiente ou coupable.

Je suis un nouveau venu au Ministère de la Santé Publique. Pourtant, la question de la protection de l'enfance, délinquante et criminelle en particulier, a toujours été au premier plan de mes préoccupations lorsqu'il y a peu de temps encore j'étais Ministre de la Justice.

A la suite d'incidents qui ont peut-être été un peu grossis, l'attention de l'opinion publique a été attirée sur le sort qui était réservé à des enfants considérés comme coupables d'après la loi mais qui sont, en réalité, ou des malades ou des malheureux.

Déjà, au Ministère de la Justice, j'ai eu l'occasion de demander l'aide de médecins lorsqu'il m'a fallu ouvrir immédiatement une enquête sur les faits qui étaient portés à ma connaissance. — J'ai trouvé, de la part des médecins auxquels je me suis adressé, une collaboration immédiate et entièrement dévouée.

C'est vous dire que, comme Ministre de la Santé Publique, je serai très heureux de retrouver, pour toutes les mesures qui concernent l'enfance déficiente et malade, la collaboration indispensable des médecins.

Le Ministre qui m'a précédé avait déjà réuni plusieurs Commissions qui ont établi des rapports ou des projets de lois destinés à remédier à la situation de l'enfance abandonnée ou déficiente.

Je sais que je puis compter encore sur le concours des femmes de cœur : Mme Lacorre et Mme Brunschwick, qui étaient hier Sous-Secrétaires d'État de l'Enfance à la Santé Publique et à l'Éducation Nationale et auxquelles je demanderai de continuer leur collaboration pour réaliser l'œuvre de bienfaisance et d'éducation dont votre Congrès a montré la nécessité.

Parmi vous, je suis heureux de voir les représentants de divers Pays, dont un certain nombre ont déjà réalisé des mesures, encore incomplètes et insuffisantes en France. — Je suis allé moi-même en Belgique et j'ai vu des Institutions qui sont un modèle pour celles que nous devrons réaliser dans notre Pays. Dans cette œuvre de progrès social, nous nous heurterons sans doute à des difficultés, surtout budgétaires, mais je puis vous assurer que je me consacrerai entièrement à doter notre Pays de tout l'équipement sanitaire et éducatif qui permettra d'assister l'enfance malheureuse, de soigner et d'éduquer l'enfance déficiente et réadapter l'enfance coupable à une vie sociale normale.

Je vous félicite de vos travaux et je lève mon verre en l'honneur du Ier Congrès International de Psychiatrie Infantile.

Après ces deux discours ce fut le tour de M. le Professeur MARINESCO, au nom des délégués étrangers. L'orateur évoqua, dans son discours les souvenirs de son internat chez Charcot et, avec un entrain juvénile, montra tout l'intérêt que les questions de psychiatrie infantile présentent pour chacun des pays adhérents au congrès. Il termina son discours par un « Vive la France » qui émut particulièrement les membres français présents au congrès.

Journée du Jeudi 29 Juillet.

Visite de l'Institut Médico-Pédagogique d'Yvetot (Seine-Inférieure)

Réunis à la gare Saint-Lazare à 7 h. 30, les congressistes gagnèrent les wagons spéciaux qui leur étaient réservés dans le rapide de Rouen. Le congrès partit en autocars pour Yvetot, où ils furent reçus avec une cordialité sincère par M. le Docteur JACOB, directeur administratif de l'Institut départemental de Perfectionnement de l'enfance, Madame Jacob ; Madame et Monsieur Huet, Directrice et Directeur Pégagogique de l'Établissement, qu'assistaient MM. les Docteurs Gassiot, membre du Comité de surveillance et Rougeaux, Inspecteur primaire, avant la visite des classes, des dortoirs, des ateliers et des diverses dépendances de l'Établissement qui eut lieu sous la conduite de M. le Dr Jacob et de M. Huet ; ce dernier prononça l'allocution suivante exposant les grands traits de l'organisation de l'Institut :

Allocution de M. HUET, Directeur pédagogique de l'Institut départemental de Perfectionnement de l'Enfance d'Yvetot

« MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai tout d'abord à vous présenter mes souhaits de bienvenue, ceux de Madame Huet et du personnel enseignant de l'école de perfectionnement d'Yvetot.

Lorsque le distingué et si dévoué organisateur de votre Congrès, M. le Dr Heuyer, m'a demandé de vous accueillir en visite, je n'ai pas hésité, un seul instant, à lui donner mon assentiment. Cependant, il m'a fallu compter avec les circonstances et le fait que les écoles publiques sont en vacances depuis le 23 Juillet.

Heureusement, les Instituteurs et les Institutrices, mes collaborateurs, ont bien voulu retarder leur départ. J'ai le plaisir aujourd'hui de pouvoir vous présenter des classes vivantes par la présence des Maîtres et des élèves, au lieu d'une succession de locaux vides sans grand intérêt.

Nous sommes ici dans les deux classes d'initiation, exactement parallèles, où se débrouillent les enfants arriérés : où ils apprennent à lire, à compter, à parler, à réfléchir un peu, à s'équilibrer physiquement et mentalement. Vous trouverez dans la filière des 8 sections, une place appropriée pour chacun des niveaux intellectuels entre 4 et 11 ans. Le tri des élèves est fait dès leur arrivée. Leur examen pédagogique d'après le barème VANEY, et psychologique d'après la mesure de l'intelligence, (BINET-SIMON), permet leur classement rationnel et leur répartition suivant l'âge de la lecture. Les emplois du temps des sections sont d'ailleurs organisées pour permettre, à un enfant plus fort, ou plus faible en calcul par exemple, de pouvoir suivre cet enseignement dans une section plus forte ou plus faible.

Vous verrez d'autre part, d'après les courbes et profils, le développement pédagogique, mental et caractériel de chacun des élèves dans chacune des sections. Vous trouverez également la situation d'ensemble de chaque groupement dans les courbes de BONNIS et les progressions annuelles.

Les enfants ne sont admis qu'après 6 ans, et la scolarité peut aller jusqu'à 16 ans et même, au plus, jusqu'à la majorité : 21 ans. En principe, les enfants qui n'ont pas 13 ans, viennent en classe toute la journée. A partir de 13 ans, ils ont une classe de mi-temps et vont à l'atelier une demi-journée pour l'apprentissage. A partir de 16 ans, ils vont à l'atelier toute la journée, sauf dérogation accordée sur ma demande par la Commission médico-pédagogique. La dérogation n'est d'ailleurs demandée, que pour récupérer par exemple, au delà de 13 ans, un retard pédagogique important, particulièrement en lecture. Elle est également demandée au delà de 16 ans, pour assurer tout le complément de connaissances pédagogiques que peuvent comporter, les possibilités mentales des enfants entrés trop tardivement.

L'école comprend comme je vous l'ai dit 8 sections ou classes de perfectionnement, mais aussi 3 sections de sourds, et une section d'aveugles — avec des maîtres spécialisés pour ces enseignements.

Actuellement 260 enfants, garçons et filles, sont internes dans l'établissement. Il y aura place prochainement pour 350, soit 250 garçons et 100 filles. L'école va comprendre 14 classes, 9 pour les garçons et 5 pour les filles.

Le but et la raison même de nos efforts, c'est la récupération sociale de ces enfants. Nous y réussissons dans la proportion de 25% en main-d'œuvre qualifiée, 30% en main-d'œuvre de répétition, convenable, et 30% en main-d'œuvre de répétition diminuée ou plutôt ralentie. — Nous prenons les enfants jusqu'au quotient intellectuel 0,5 et parfois même légèrement au-dessous.

L'enseignement est orienté, autant qu'il est possible de le faire, vers le côté pratique, avec une insistance marquée sur les travaux manuels, et cela pour faciliter la tâche des ateliers et la formation professionnelle.

Chaque section a son programme délimité, à peu près en concordance avec les étapes du barème pédagogique VANEY.

En initiation, nous demandons, lecture sous-syllabique, numération à 30, petites additions et soustractions simples, exercices sensoriels et d'orthopédie mentale. A l'horaire 6 séances de trois quarts d'heure, coupées par deux récréations d'un quart d'heure. La dernière séance est réservée au travail manuel.

Les 2 classes d'initiation, assurent chaque année, le recrutement de la section au-dessous, genre de cours préparatoire, où les enfants arrivent à une bonne lecture syllabique, numération à 100, additions à retenues, soustractions simples. — Exercices sensoriels et d'orthopédie mentale un peu plus élevés.

La 5e section comprend une division faible, et une division forte. Là nous arrivons à la lecture hésitante, aux petits raisonnements sur plus ou moins, et aux deux opérations avec retenues.

Les 3e et 4e sections, à mi-temps, sont du niveau des cours élémentaires. La lecture devient courante et on étudie les 4 opérations toujours sur la centaine, on les applique en raisonnements simples.

Les 1re et 2e sections, également à mi-temps, sont du niveau des cours moyens, tout au moins pour les enseignements clefs. La lecture pour la plupart des enfants devient aisée, et pour certains, même expressive. La numération s'étend jusqu'aux unités de mille, puis à la numération complète et à la connaissance et à l'utilisation des mesures du système métrique. On cote un dessin, on l'exé-

cute en papier, puis en carton. On effectue des problèmes pratiques sur les quatre règles. On lit la température, le compteur à gaz, le compteur électrique, etc.

Dans la filière des cours, les travaux manuels s'effectuent, en papier, carton, pâte à modeler, raphia, bois, contreplaqué pour les découpages. Les enfants participent à la bonne tenue et à la décoration des classes, peinture, pochoirs, piquages, déchiquetage, travaux d'aiguille, tricot, crochet, petits rideaux, tapis, etc.

Et maintenant, Mesdames et Messieurs, nous pouvons passer dans chacune des sections. Étant donné le peu de temps dont vous disposez, il me suffira de vous indiquer la progression demandée, tout en vous montrant quelques résultats à titre d'exemples. »

Allocution de M. le Docteur JACOB

Quand celle-ci fut achevée, M. le Dr Jacob, à l'occasion d'un porto d'honneur, offert dans la salle du comité, présenta en ces termes son pays et la promenade réservée l'après-midi aux congressistes :

« La Normandie est un vieux pays. Elle garde des traces d'habitants très anciens qui avaient fortifié des points, toujours les mêmes, de son territoire, et l'opidum dieppois qui a gardé le nom de « Camp de César » en est une trace ; c'est surtout l'empreinte romaine qui a été marquée. Rouen (Rothomagus) que vous avez traversé ce matin ; Julia Bonna, Lillebonne, qui a conservé un théâtre et des mosaïques, en sont les grands monuments.

Mais le Normand construisait d'une manière précaire. Les maisons étaient de bois et de boue ; les fondations et soubassements seuls étaient bâtis avec ce silex qui forme des bancs dans le sol argileux ou crayeux du pays. Dès que la toiture, de chaume généralement, était pourrie, la pluie avait vite fait de réduire les matériaux.

Et pourtant, vous verrez cet après-midi, des traces magnifiques d'un effort continu.

Dans cette province, le fond du caractère humain est resté le même sous les dominations ethniques ou politiques diverses, ce qui montre quand même que le climat conditionne la façon d'être. Race solide, le Norman a été bâtisseur, quand il l'a pu, quand il a été assez riche pour amener la pierre ou quand il l'a trouvée sur place. Vous admirerez cet après-midi, la splendide église gothique de Caudebec, à côté des vieillottes maisons de bois du XVIe siècle ; vous verrez plus loin le cloître des Bénédictins de Saint-Wandrille, puis les magnifiques ruines de l'abbaye de Jumièges, vestiges d'une histoire qui remonte au Ve siècle

Si l'on en trouve le temps, vous jetterez un coup d'œil sur l'église de Saint-Martin de Boscherville, splendide reste du XIe siècle, d'une grande abbaye, en bordure de la forêt de Canteleu...

Lorsque, consulté par M. Heuyer, je lui ai indiqué cette excursion, je pensais qu'à côté de l'Exposition de 1937, dirigée par notre grand Concitoyen Yvetotais, M. Edmond Labbé, à côté de la magnificence de Versailles et de la splendeur des châteaux de la Loire, il était bon de faire goûter plus intimement à nos visiteurs le charme de la Seine, le fleuve si mêlé à l'histoire de la France. Je voulais aussi qu'en visitant, dans ce pays normand de calme et de sagesse, les témoins de la France d'autrefois, ils emportent chez eux l'impression d'un effort continu, d'une union qui existe dans les cœurs, sous des apparences parfois agitées et contraires

Je désirais enfin qu'ils fissent un beau voyage dont ils conserveraient un souvenir aimable, avec la vision rapprochée des étages classiques de l'architecture française.

Puissé-je avoir réussi ! Puisse la journée d'aujourd'hui, après les travaux absorbants des jours précédents, sembler un hâvre de repos et de plaisir. C'est mon vœu bien sincère.

Je le formule en levant mon verre, à votre santé, à celle de vos familles, à l'union des cœurs, au développement de la neuro-psychopatologie. »

Allocution de M. le Docteur HEUYER

M. le Président répondit et au nom de tous les congressistes remercia les personnalités Yvetotaises de l'accueil vraiment cordial qui leur avait été fait. Puis il conclut : « Sans doute faut-il se féliciter de pouvoir cet après-midi, admirer la belle Normandie. Mais je voudrais surtout tirer les conclusions qu'impose notre visite à l'Internat de Perfectionnement d'Yvetot. Tenant à parler franc, je ne doute pas que tous les congressistes emporteront une double impression. La première, peut-être la plus évidente c'est que M. le Docteur Jacob, Monsieur et Madame Huet et leurs collaborateurs travaillent ici dans de vieux locaux qui n'ont pas été créés dans le but qu'on leur assigne aujourd'hui.

Si le Normand est bâtisseur, je souhaite qu'il bâtisse sans retard des locaux neufs qui soient adaptés à l'œuvre que vous accomplissez et qui correspondent à votre science, à votre méthode et à votre esprit d'organisation.

Tout à l'heure, M. le Docteur POSTMA qui a fait l'un des rapports les plus remarquables du Congrès me disait : « Oui, c'est vrai, ici on travaille dans de vieux locaux, mais ce qui nous importe, c'est l'esprit qui anime cette maison ». Comment ne pas louer cet esprit ? Comment ne pas admirer l'étroite collaboration qui existe ici entre la Médecine et la Pédagogie.

Nous avons un bel exemple de ce qu'il est permis de faire dans de vieux locaux et je tiens à remercier et à féliciter les dirigeants dévoués d'un établissement qui, grâce à eux, fait honneur au pays. »

Après ces allocutions, les congressistes se rendirent à l'Hôtel des Victoires où était servi le déjeuner. La fin de l'après-midi fut consacrée à la visite de Caudebec-en-Caux, de Saint-Wandrille et de Jumièges que Monsieur le Docteur Jacob mué en infatigable cicérone, agrémenta de sa courtoise érudition.

Enfin après une visite express de Rouen, les Congressistes regagnèrent Paris où ils furent de retour à 19 heures 35.

Journée du Vendredi 30 Juillet.

Visite de l'Institut Médico-pédagogique Théophile Roussel de Montesson.

Partis à 9 h. 30 de la Place de l'Opéra les congressistes se rendirent en autocars à l'Institut médico-pédagogique de Montesson où ils furent reçus par M. Schnitzer, Vice-Président du Conseil général de la Seine. M. Journet, directeur et M. le Docteur Paul Boncour exposèrent l'historique et le fonctionnement de cet Institut modèle où s'exerce leur collaboration effective et bienfaisante.

Les congressistes admirèrent la remarquable installation de cet établissement pour enfants avec troubles du caractère, qui sont confiés par les familles ou le tribunal des mineurs. La visite eut lieu par groupes qui parcoururent successivement tous les locaux et jardins. Il leur fut permis de visiter les classes, les ateliers du bois, du fer, l'organisation horticole, les jardins, la piscine et le terrain de sports qui témoignaient de la qualité variée des moyens mis à la disposition des maîtres pour sauver, guérir et doter d'un métier les enfants qui leur sont confiés.

Déjeuner offert par le Conseil général de la Seine au Pavillon Henri IV, à Saint-Germain-en-Laye.

Après la visite de Montesson, les congressistes se rendirent au déjeuner offert par le Conseil général de la Seine dans le cadre merveilleux du Pavillon Henri IV au bord de la terrasse majestueuse qui domine tout Paris et la Vallée de la Seine.

De nombreux congressistes assistèrent au repas et le nombre de 100 qu'avaient prévus les organisateurs fut légèrement dépassé. M. Schnitzer le vice-président du Conseil général en assura la Présidence et à ce titre prononça quelques paroles auxquelles M. le Dr Heuyer répondit. M. Seguin, directeur des Affaires Départementales, M. Rouvroy, au nom des délégués étrangers, prirent successivement la parole. On remarquait à la table d'honneur, M. le Dr Paul Boncour, M. Journet, directeur de Montesson, M. le Dr René Charpentier, M. Michaut et M. Poher auxquels le comité d'organisation est heureux d'adresser des remerciements tout particuliers, M. Hassouna Bey, M. le Dr Hans Evensen, M. Garafulic et de nombreux délégués et rapporteurs.

Le déjeuner se termina dans l'enthousiasme général et les congressistes, ravis d'avoir achevé de si agréable façon leur programme de travaux et de réceptions regagnèrent leurs cars pour visiter la Malmaison qui intéressa nombre de congressistes étrangers.

La dislocation eut lieu à Paris vers 18 heures.

EXCURSIONS APRÈS LE CONGRÈS

Journées du Samedi 31 Juillet et Dimanche 1er Août

Visite de la Maison d'Education surveillée de Fresnes.

Cette visite, exceptionnellement autorisée, fut accordée spécialement par l'administration pénitentiaire aux membres du 1er Congrès de Psychiatrie infantile. Un petit groupe de congressistes, réunis à la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie infantile, allèrent visiter la Prison de Fresnes sous la direction de Mademoiselle le Docteur Badonnel qui exposa le rôle du médecin psychiatre des prisons et montra la section des enfants.

Visite du Château de Blois

Le même jour, un autre groupe partit de l'Avenue de l'Opéra et accompagna M. le Dr Heuyer pour visiter le Château de Blois. M. le Dr Olivier, maire de Blois, Président du Congrès de 1938 des aliénistes et neurologistes de langue française reçut les congressistes et leur offrit le champagne dans une des salles du château.

La visite du Château fut faite sous la direction de M. le Dr Leclerc, Conservateur du Château.

Après le déjeuner, M. le Dr Olivier, également médecin directeur de la Villa Lunier, et M. le Dr Schützenberger dont la thèse sur le " vol chez l'enfant " est restée classique en psychiatrie infantile, firent visiter aux congressistes la Fondation Dessaigne réservée aux grands anormaux et aux enfants épileptiques.

Après avoir quitté Blois le congrès a continué son ultime périple par la visite de Tours, des Châteaux de Loche, de Chinon et revint à Paris par Châteaudun et Chartres.

TABLE DES MATIÈRES